

DE LA DOTHINENTÉRIE

N° 97.

OU

INFLAMMATION FURONCULAIRE DES INTESTINS;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 9 juin 1826, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR CHARLES DELANGE, de Falaise ,

Département du Calvados.

Un système vrai ne peut être l'ouvrage ni d'un seul homme, ni d'une secte ; mais doit être le fruit tardif des travaux combinés de toute la race humaine qui, toujours partie de l'ignorance et de l'erreur, retardée par mille obstacles, surchargée de chaînes incommodes, ne s'avance qu'à pas lents vers la science et la vérité.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.

MESSIEURS

Anatomie.....
Physiologie.....
Chimie médicale.....
Physique médicale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pharmacologie.....
Hygiène.....
Pathologie chirurgicale.....

CRUVEILHIER, *Examineur*.
DUMÉRIL.
ORFILA.
PELLETAN fils.
CLARION.
GUILBERT, *Suppléant*.
BERTIN

Pathologie médicale.....
Opérations et appareils.....
Thérapeutique et matière médicale.....
Médecine légale.....
Accouchemens, maladies des femmes en couches et
des enfans nouveau-nés.....

{ MARJOLIN, *Président*.
ROUX.
FIZEAU.
FOUQUIER.
RICHERAND.
ALIBERT.
ADELON.

Clinique médicale.....

{ DÉSORMEAUX.
CAYOL.
LAENNEG.
LANDRÉ-BEAUVAIS.
RÉGAMIER, *Examineur*.

Clinique chirurgicale.....

{ BOUGON.
BOYER.
DUPUYTREN.

Clinique d'accouchemens.....

DENEUX, *Examineur*.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT,
LEROUX, MOREAU, PELLETAN père, PINEL VAUQUELIN.

Agrégés en exercice

MESSIEURS

MESSIEURS

ARVERS.
BRESCHET.
CAPURON.
CHOMEL.
CLOQUET aîné.
COUTANCEAU, *Examineur*.
DE LENS.
GAULTIER DE CLAUDRY, *Suppléant*.
GÉRARDIN, *Examineur*.
GUERSENT.
JADILOUX.
KERGARADec.

MAISONNADE.
MOREAU.
MURAT.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES.
THÉVENOT.

Par délibération du 9 décembre 1798. l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MON AÏEULE MATERNELLE.

Témoignage public de ma reconnaissance.

A MONSIEUR MARJOLIN,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris; Chirurgien du Roi par quartier;
Chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon; Membre de l'Académie de médecine, etc.

A MONSIEUR VELPEAU,

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Chef de clinique à l'hôpital de perfectionnement; Professeur particulier d'anatomie, d'accouchemens et de médecine opératoire; Membre de la Société médicale d'émulation, etc.

CH. DELANGE.

DE LA DOTHINENTERIE,

OU

INFLAMMATION FURONCULAIRE DES INTESTINS.

INTRODUCTION.

LES membranes muqueuses, que la plupart des anatomistes regardent, d'après le célèbre *Bichat*, comme une portion du système tégumentaire général, et qu'ils ont qualifiées du nom de *tégument interne*, offrent, en effet, dans leur organisation, mais à des degrés plus ou moins tranchés, tous les élémens que l'observation a dès long-temps démontrés dans l'enveloppe cutanée. Chez les animaux placés dans le bas de l'échelle zoologique, il est facile de reconnaître qu'il n'y a aucune différence entre les caractères de la peau et ceux de la tunique qui tapisse leur cavité interne. Ne voit-on pas, par exemple, certains polypes, réduits à une simple poche, se tourner et se retourner alternativement, de telle sorte que leur estomac se renverse pour former leur surface extérieure, tandis que leur tégument externe se replie en dedans pour remplir les fonctions d'un véritable estomac. Si des animaux les plus simples on s'élève d'une

manière graduée jusqu'à ceux dont la structure est le plus compliquée, on aperçoit successivement la peau, revenant sur elle-même, traverser d'abord de part en part tout l'intérieur de l'animal, en formant un canal plus ou moins long et terminé par deux ouvertures, dont l'une, située en avant, reçoit les alimens, tandis que l'autre, placée en arrière, transmet leurs détritns au dehors; canal, qui se prolonge ensuite dans divers sens, et se ramifie de manière à donner naissance au plus grand nombre des organes. C'est ainsi que, dans les mammifères, on voit la peau de la bouche et des narines descendre dans le pharynx, puis se continuer, d'une part, dans les voies aérières, dont elle forme l'élément principal; de l'autre, dans les voies digestives, où elle joue peut-être un plus grand rôle encore. Et n'est-il pas évident aussi que, se divisant et se subdivisant à l'infini, cette tige centrale va former la base de toutes les glandes qui concourent à la grande fonction végétative, c'est-à-dire à la digestion? N'est-ce pas elle, enfin, qui tapissant les voies génito-urinaires, parvient d'un côté dans les reins, et de l'autre dans les testicules? S'il est vrai de dire que, dans les êtres les plus élevés, la couche tégumentaire interne diffère, par de nombreux caractères, de la tunique extérieure; il n'est pas moins vrai de dire qu'on y retrouve les mêmes élémens fondamentaux: quoique nombreux, les changemens que la peau éprouve en s'éparpillant dans presque tous les organes, se réduisent cependant à de simples modifications.

Ces idées d'anatomie philosophique, si bien défendues par l'auteur du *Traité des membranes*, et qui ont donné de si beaux résultats aux zoologistes modernes, paraissent aussi devoir être rigoureusement appliquées à la médecine pratique. Admet-on, en effet, que les membranes muqueuses renferment les mêmes élémens organiques que la peau, on est presque forcé déjà d'accorder qu'elles sont exposées aux mêmes espèces de maladies; et, si personne n'ose contester les nombreuses variétés d'altérations de l'enveloppe externe, nous ne croyons pas qu'on puisse se refuser à reconnaître que les lésions pathologiques du tégument interne ne soient également

fort différentes les unes des autres. Il n'est pas de médecin , sans doute , qui osât soutenir que l'érysipèle et la scarlatine ne diffèrent que par le degré ou l'étendue de la phlegmasie ; que la rougeole et la variole ne doivent être différenciées qu'à cause de la forme des pustules ; que la gale et les dartres, le furoncle et les boutons du visage doivent être confondus ; enfin , que le pemphigus , le zoster , l'urticaire, la miliaire , etc. , puissent être rattachés à la même cause ou au même phénomène. Or , si des affections si diverses peuvent se rencontrer à l'extérieur du corps , pourquoi n'en serait-il pas de même dans la profondeur de ses cavités ? Et serait-il plus raisonnable de désigner toutes les altérations du canal alimentaire sous la dénomination générale de *gastro-entérite* , que celles de la surface cutanée sous le nom de *dermite* ? Si , jusqu'à présent , on s'est à peine occupé des distinctions qu'il convient d'établir entre les maladies de la membrane muqueuse digestive , ne faut-il pas en rechercher la cause dans l'état d'enfance où est long-temps restée l'anatomie pathologique ? Avant le professeur *Pinel* , les médecins , préoccupés d'idées métaphysiques , et ne pouvant s'éclairer par l'ouverture des corps , avaient rarement eu la pensée d'aller chercher la cause d'un grand nombre de maladies aiguës ou chroniques dans la tunique muqueuse gastro-intestinale ; mais , cette inspiration du nosographe français ne reçut pas de lui tous les développemens dont elle était susceptible. Il était réservé à M. *Broussais* de saisir cette heureuse idée et de la rendre féconde en vérités nombreuses et du plus haut intérêt. Ce médecin a fait beaucoup pour la science , en appelant l'attention du monde médical sur un sujet aussi important ; mais , en rattachant toutes les phlegmasies du tube digestif à une sorte d'érysipèle partiel ou général , aigu ou chronique de sa surface interne , il nous semble avoir laissé à ses successeurs un grand nombre de points à éclaircir , et l'on peut dire que la question , maintenant ébauchée , a besoin du concours de beaucoup d'observateurs pour être complètement résolue. Jusqu'ici on l'a traitée en général ; il est temps d'entrer dans les particularités.

Pour nous , il est évident que la membrane veloutée des viscères gastro-intestinaux est passible d'un grand nombre de phlegmasies , différentes les unes des autres , non-seulement par leur intensité , leur étendue et les dispositions individuelles , mais encore par la nature de la cause qui leur a donné lieu et l'élément qui en est le siège : ainsi , nous pensons que tous les petits organes auxquels cette tunique donne naissance en se repliant diversement , peuvent être altérés , chacun à leur manière et indépendamment les uns des autres. Nous n'avons pas l'intention , et , encore moins , la puissance d'embrasser cette question , l'une des plus vastes de la pathologie , dans toute son étendue ; nous nous proposons seulement de l'examiner sous l'une de ses faces , et de faire connaître une maladie qui a son siège spécial dans les corps glanduleux du tube alimentaire ; maladie , dont M. *Brétonneau* , médecin de l'hôpital général de Tours , s'occupe depuis 1812 , et qu'il a nommée *dothinentérie* , de *δοθιν*, *furoncle* , et *εντερον* , *intestin*. Les faits et les renseignemens nombreux qui nous ont été communiqués nous permettent de croire que nous n'avons point altéré le sens précis des opinions de ce savant médecin ; puissions-nous seulement ne pas nous être livré à des développemens oiseux , et avoir répondu à la bienveillance extrême avec laquelle M. le docteur *Velpeau* nous a dirigé dans ce travail.

Quoique ces organes soient assez bien connus depuis long-temps , comme ils ont été entièrement oubliés ou inexactement décrits dans les ouvrages classiques , il importe , afin de nous faire mieux comprendre , de rappeler en peu de mots leur disposition. Cherchant à isoler une de leurs maladies de celles des autres points de la tunique qui entre dans leur composition , nous croyons devoir aussi indiquer brièvement quelques-uns des caractères de la surface interne du tube digestif en général.

Examen de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

Lorsqu'on étudie avec soin cette membrane, on voit, malgré les modifications plus ou moins importantes qu'elle subit dans les divers segmens du canal alimentaire, que sa face interne présente cependant, dans presque toute son étendue, trois ou quatre variétés de reliefs et d'enfoncemens. D'abord, en la plaçant sous l'eau et la soumettant au foyer d'un microscope, souvent même à l'œil nu, il est aisé de reconnaître qu'elle est surmontée par une quantité innombrable de petites saillies filiformes, quelquefois légèrement renflées, le plus souvent contournées en spirales, et qu'on désigne sous le nom de *villosités*. Ces villosités, examinées dès long-temps par *Lieberkuhn* et beaucoup d'autres, étudiées de nos jours par *Rudolphi*, *Albert Meckel*, *Béclard*, etc., paraissent être la répétition modifiée des papilles coniques et fongiformes de la langue et de la couche papillaire ou bourgeonnée de la peau; en un mot, il semble qu'elles constituent les organes de sensation du tube digestif. Elles abondent dans l'estomac, où *M. Leuret* les a très-bien étudiées; répandues en grande quantité et très-developpées dans toute la longueur de l'intestin grêle, elles se rencontrent encore dans le gros intestin, mais en beaucoup moins grand nombre et d'une manière moins évidente.

Entre ces villosités, la membrane muqueuse, vue au microscope surtout, présente de nombreuses dépressions ou de petites fossettes, dont on peut aisément se former une idée en jetant un coup d'œil sur l'intérieur de la vésicule du fiel; ces fossettes, que l'on connaît sous le nom de *lacunes*, et qu'il faut se garder de confondre avec les follicules, existent dans l'estomac et dans tout l'intestin grêle; souvent leur fond offre de petits pertuis ou pores qui conduisent dans un cul-de-sac renflé de la même membrane, et qui est doublé par

une couche différente , de manière à former un organe sécrétoire ; c'est ce qui constitue les *follicules*, ou *cryptes mucipares*. Ces petits corps , qui sont évidemment , dans l'épaisseur des membranes muqueuses, les analogues des follicules sébacés dans le derme , se trouvent en grand nombre dans toute la longueur du canal digestif ; on les distingue sur les replis valvulaires comme dans les espaces qui les séparent , et leur fonction a pour but principal la sécrétion du mucus gastro-intestinal.

Enfin , d'autres porosités du même genre conduisent , par un rétrécissement plus allongé , qui a quelquefois la forme d'un véritable canal , dans de petites glandules dont l'organisation paraît un peu plus composée que celle des follicules simples qui viennent d'être notés , et que nous avons surtout l'intention d'étudier ; ce sont ces glandes , assez bien décrites par *Peyer* d'abord , dans l'intestin grêle, ensuite par *Brunner* , dans l'estomac et le duodénum , puis par *Haller* , dans tous les points du canal digestif , qui sont le siège de l'affection qui fait le sujet de notre travail. Elles doivent être divisées en deux séries. Les premières sont isolées comme les follicules , et se trouvent disséminées dans l'estomac , le duodénum , l'intestin grêle et toute la longueur du gros intestin ; elles sont placées en dehors de la membrane muqueuse , dans la couche celluleuse ou *nerveuse* des anciens , qui l'unit à la tunique charnue. Quand on les a séparées par la dissection ou par la macération , elles ressemblent , pour la forme et la consistance , à de petites granulations du foie , en sorte qu'elles s'écrasent facilement sous les doigts. Les secondes, groupées en plus ou moins grand nombre , assez fortement serrées les unes contre les autres , sont disposées de telle manière qu'elles donnent naissance à des plaques ovales , elliptiques ou irrégulières , qui se trouvent du côté convexe de l'intestin , depuis le milieu du jéjunum jusqu'à la valvule iléo-cœcale. La forme et la largeur de ces plaques varient suivant la partie de l'intestin où on les observe. En haut , elles sont petites , rares , arrondies , étoilées ou à circonférence inégale ; quelques-unes déjà , cependant , présentent la forme

elliptique. Dans la moitié supérieure de l'iléon , cette dernière forme commence à prédominer , et leur étendue , ainsi que leur nombre , augmentent considérablement. A mesure que l'on descend , ces plaques deviennent tellement longues que quelques-unes d'entre elles ont jusqu'à trois , quatre , cinq pouces sur quatre ou six lignes de largeur , et sont assez rapprochées par leurs extrémités correspondantes. Néanmoins , il en reste aussi plusieurs qui conservent la disposition de celles du jéjunum. Enfin , sur la valvule de *Bauhin* , ou immédiatement au-dessus , dans l'iléon , on en distingue une presque aussi large qu'une pièce de cinq francs , dont le pourceur est très-irrégulier , et qu'il est à peu près constamment possible de reconnaître dans l'état naturel. Aucune de ces plaques ne se remarque dans le gros intestin ; jamais il n'en existe sur les valvules conniventes , et ces replis , au contraire , sont comme coupés par elles. On voit , dans une monographie qui vient de paraître sur les fièvres essentielles , que l'auteur a long-temps regardé et regarde peut-être encore ces plaques intestinales , que M. *Cruveilhier* a désignées sous le nom de *plaques gaufrées* , comme des *restes d'ulcères en voie de cicatrisation*. Mais il lui suffira d'étudier un canal intestinal sain , en observant les conditions voulues , pour se convaincre que ce qu'il a pris pour les traces d'un état pathologique rentre tout-à-fait dans l'organisation normale.

C'est chez les enfans et dans l'adolescence qu'il convient d'examiner ces glandes , ou bien sur certains animaux , le chien , par exemple , chez lequel elles sont très-développées. Chez l'adulte aussi , en prenant la précaution de laver le conduit alimentaire après l'avoir ouvert par son bord mésentérique , on parvient presque toujours à les voir assez distinctement. Pour cela , il est bon de placer l'intestin contre le jour ou la lumière , ou bien encore sous l'eau ; on aperçoit alors que , dans les points où se rencontrent les glandes agglomérées ou *agminées* , comme les appelle *Huller* , les parois de l'organe sont plus opaques ; et l'on remarque une grande quantité de petits pores très-rapprochés les uns des autres , qui ne sont autre chose que les

orifices de chacune des glandules qui entrent dans la composition de la plaque générale. Il suffit, au reste, d'avoir étudié attentivement ces organes sur deux ou trois sujets, dans l'état normal, pour se convaincre que ce ne sont point de simples lacunes, ainsi que semble le croire M. *Andral* fils; que ce ne sont pas même de simples follicules, comme le pensent presque tous les anatomistes, mais bien des organes d'une nature particulière et encore peu connue. En effet, les villosités qu'on remarque à leur surface, et les petites excavations de la membrane muqueuse qui les recouvre, ont pu tromper sur ce point plusieurs personnes: mais on échappera à l'erreur, si l'on fait attention que, dans le fond même de ces lacunes, se voient les ouvertures des glandes; et peut-être même existe-t-il entre elles des follicules mucipares simples. Toutefois, pour soutenir que ces glandes ne sont pas seulement des follicules, mais bien des organes particuliers, on ne peut, quant à présent, se fonder que sur un petit nombre de caractères et sur certaines analogies, qui, il faut le dire, ne suffisent pas pour appuyer une démonstration mathématique. Quoiqu'on admette qu'elles ne sont que des renversemens plus ou moins renflés et complexes de la membrane muqueuse, il n'est pas très-difficile cependant de comprendre qu'il existe dans leur organisation et leurs fonctions des différences très-grandes, qui les séparent d'organes qui semblent s'en rapprocher plus ou moins par leurs apparences. Si nous nous reportons vers le tégument externe ou vers les portions de la couche muqueuse qui s'en éloignent le moins, ne voyons-nous pas que les follicules sébacés de la surface générale du corps diffèrent déjà de ceux qui se trouvent dans l'aîne et dans l'aisselle; car ces derniers fournissent une matière qui possède assurément quelques propriétés qu'on ne rencontre pas dans la substance sébacée simple; la matière sécrétée par les follicules du cuir chevelu, par ceux des bourses, du périnée, du pourtour de l'anus, du conduit auditif, offre dans tous ces points des caractères particuliers; et pourtant les organes folliculaires y semblent peu différer les uns des autres; dans la membrane muqueuse oculo-palpébrale, ne voit-

pas de simples follicules mucipares en même temps que les glandes de *Meibomius*? Personne, cependant, ne sera tenté de confondre ces deux genres d'organes. Si la conjonctive se prolonge par cinq ou six conduits dans la glande lacrimale, la membrane buccale se porte aussi et de la même manière dans la glande sous-linguale; ces deux corps glanduleux se ressemblent jusqu'à un certain point, leur volume est à peu près le même, et néanmoins leurs fonctions sont loin d'être identiques. Est-il bien certain aussi que les petites glandes qui se trouvent entre la membrane muqueuse qui tapisse le dedans des lèvres et les joues, et que l'on connaît sous les noms de glandes *labiales* et *molaires*, sécrètent un fluide semblable à celui que produisent les follicules muqueux de la base de la langue ainsi que du reste de la bouche, et que la matière fournie par les amygdales ne diffère en rien de celle des cryptes du pharynx? Enfin, peut-on admettre que la nature ait placé dans l'estomac et les autres portions du tube digestif, des corps aussi évidemment distincts les uns des autres que le sont les divers élémens que l'on appelle *follicules muqueux*, sans leur départir des fonctions différentes? N'est-il pas probable que les follicules simples, qui se retrouvent partout avec la même forme, sont aussi partout destinés à préparer le mucus gastro-intestinal, tandis que les autres glandes, celles de *Peyer* et de *Brunner*, par exemple, seraient affectées à d'autres actes fonctionnels encore inconnus? Pour n'indiquer qu'un usage qu'elles pourraient remplir, faisons remarquer seulement que l'odeur répandue par les matières fécales ne dépend pas entièrement de la nature des substances dont se nourrit l'animal; que cette odeur, par conséquent, doit provenir de matières fournies par le canal intestinal pendant que les alimens le parcourent.

Ces idées, que nous empruntons à M. *Velpeau*, paraîtraient devoir être modifiées par les recherches récentes auxquelles s'est livré M. *Brétonneau*. En effet, dans une note que nous recevons de sa part, il est porté à croire que les glandes de *Peyer* et de *Brunner* sont autant de petits sacs sans ouverture, dans lesquels s'accumule

une matière blanchâtre et crêmeuse en rapport avec les fonctions digestives ; de manière que le pertuis qu'on remarque à la surface de la membrane muqueuse et qui leur correspond, ne conduirait que dans une excavation qui leur sert pour ainsi dire de vestibule. Mais laissons à ce savant observateur le soin d'exposer lui-même le résultat de ses recherches précieuses.

§. II.

États pathologiques des glandes de PEYER dans la dothinentérie.

D'après ce qui vient d'être dit, il nous paraît évident, même *à priori*, que les divers organes qui entrent dans la composition de la membrane muqueuse gastro-intestinale peuvent être affectés isolément : et, en particulier, nous ne voyons pas pourquoi les corps glanduleux sur lesquels nous avons le plus insisté, ne seraient pas exposés à devenir le siège exclusif de certaines maladies, quand il est démontré que des organes qui ont avec eux une certaine analogie et qui se trouvent dans le derme, sont sujets à des lésions qu'on ne cherche point à placer ailleurs. Mais, si cette question est depuis long-temps résolue pour les divers élémens qui composent la peau, il n'en est pas de même pour le tégument interne ; et il ne fallait rien moins que des recherches multipliées et opiniâtres, aidées peut-être encore par le hasard, pour parvenir à débrouiller une partie de ce chaos. Déjà les observateurs avaient noté à plusieurs époques, et pour ainsi dire malgré eux, la présence de boutons, de plaques, de pertuis et d'ulcérations particulières sur la muqueuse digestive, chez des sujets moissonnés par plusieurs maladies graves ; mais ces faits, relatés pour la plupart d'une manière vague, et qu'on avait vus sans les connaître et sans les rattacher à aucun principe, étaient complètement perdus pour la science ; ainsi que cela arrive pour tous les cas insolites en médecine, jusqu'à ce qu'un homme plus habile ou plus heureux vienne les rassembler autour d'une base commune et raisonnée.

C'est en 1811 ou 1812 que le docteur *Brétonneau*, examinant avec l'esprit observateur qui le caractérise, les fièvres dites *essentielles*, aperçut pour la première fois, dans le tube intestinal de leurs victimes, des granulations ou des ulcères, suivant l'époque à laquelle les malades avaient succombé. Ne sachant alors si cette lésion n'était qu'un accident, ou si elle n'était pas plutôt l'un des caractères particuliers de ces maladies, il ne laissa échapper aucune occasion qui pût lui permettre d'éclaircir ses doutes; mais, comme les cas de ce genre qu'il eut à traiter n'étaient pas graves en général, il n'eut qu'un petit nombre d'autopsies cadavériques à faire, lesquelles cependant lui donnèrent toujours les mêmes résultats. Cette découverte, qui renversait toutes les opinions de l'époque, agita vivement son esprit; car, comment accorder la théorie des fièvres putrides et ataxiques avec de semblables lésions?... On était conduit ici à se poser ce dilemme : ou bien les symptômes auxquels avait donné lieu cette altération appartenaient à une maladie non encore décrite; ou bien, on s'était étrangement abusé sur le siège des fièvres en général. Le doute fut le premier résultat de cet aperçu. M. *Brétonneau* examina de nouveau, et plus attentivement encore, tous les symptômes qui caractérisaient cette maladie, les compara avec ceux des fièvres adynamiques, et, malgré sa prévention, il ne put reconnaître entre elles la moindre différence. Dès lors, à la thérapeutique évacuante, généralement adoptée parmi les praticiens du pays et par lui-même, il substitua une médication adoucissante et de simple expectation, qui paraissait beaucoup plus rationnelle, et qui lui sembla fournir des résultats incomparablement plus avantageux. On conçoit que ces premières données dans un point de doctrine aussi important, laissaient beaucoup à désirer encore; heureusement, ce médecin fut bientôt appelé à la tête d'un établissement où il n'eut que trop d'occasions de continuer ses investigations. Jusqu'à 1815, en effet, tous les cadavres que M. *Brétonneau* avait pu ouvrir dans sa pratique particulière, n'avaient servi qu'à le convaincre de plus en plus, que les altérations indiquées coïncidaient toujours avec l'appareil de

symptômes dont nous avons également parlé. Il avait déjà fait des expériences sur les animaux et des recherches sur le canal intestinal sain de l'homme, afin de voir si la disposition anatomique de cette partie ne donnerait pas l'explication de cette singulière disposition pathologique; et, sans pouvoir l'affirmer, il croyait cependant avoir reconnu que les glandes de *Peyer* et de *Brunner* étaient le siège spécial de cette altération. Mais c'est à l'hôpital de Tours qu'il se vit surtout en présence de ce fléau meurtrier, et qu'il se promit de l'étudier sous toutes ses formes : ce fut en 1817, 1818, et 1819 particulièrement, que des épidémies très-intenses le mirent à même de recueillir de nombreux matériaux et de confirmer ses premiers pressentimens. Dès lors, il en écrivit à ses amis, MM. *Guersent* et *Duméril*, et appela plusieurs de ses confrères, auxquels il communiqua ses idées. Sur ces entrefaites, on lui procura l'ouvrage de M. *Petit*, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris, sur la *fièvre entéro-mésentérique*, et ce fut pour lui un nouveau trait de lumière. La maladie décrite par ce praticien, et les désordres pathologiques qu'elle entraînait à sa suite, étaient trop exactement semblables à ce qu'il observait chaque jour, pour qu'il pût conserver le plus léger doute. Depuis cette époque, les observations sans nombre qu'il a pu faire lui ont démontré de la manière la plus péremptoire que le jugement qu'il avait porté était parfaitement exact; et que ces boutons ou pustules, que ces ulcères qu'il avait d'abord remarqués, n'étaient autre chose que les glandes de *Peyer* et de *Brunner*, développées ou détruites par la maladie.

En 1820, M. *Velpeau*, l'un de ses élèves, qui avait été présent à la plupart de ses recherches, et qui avait même participé à un grand nombre d'entre elles, arrivant à Paris, reconnut, en fréquentant les principaux hôpitaux, que la différence des lieux ne changeait rien dans la nature de cette maladie. Partout même coïncidence de symptômes et de lésions. Il eut souvent occasion d'en conférer avec MM. *Husson*, *Lugol*, et surtout avec M. *Lermnier* qui avait déjà plusieurs fois remarqué la même chose, et qui accueillit avec intérêt ces idées d'un de ses anciens amis; en sorte

qu'à partir de cette époque , les médecins commencèrent à connaître l'opinion de M. Brétonneau sur les fièvres essentielles ; aussi , plusieurs personnes en ont-elles parlé d'une manière incomplète il est vrai , soit d'après ce qu'elles en ont appris par Bécлар dans ses leçons , par MM. Orfila , Duméril et Guersent , que M. Brétonneau en avait plusieurs fois entretenus ; soit d'après ce que M. Velpeau en avait dit lui-même dans ses cours d'anatomie et dans l'ouvrage qu'il vient de publier ; soit enfin d'après leurs propres observations. C'est ainsi qu'on en trouve déjà un exposé assez clair dans le recueil précieux qu'a publié M. Andral , fils , en 1825 , et dans le travail important que nous devons à M. Billard , d'Angers. Aujourd'hui , ces recherches ont , plus fortement que jamais , attiré l'attention des médecins dans la capitale. En 1825 , un grand nombre de sujets qui ont succombé à cette maladie à l'Hôtel-Dieu , ont fourni à MM. Récamier et Husson l'occasion de vérifier de nouveau les assertions du praticien de Tours , et ces médecins en ont fait le sujet de plusieurs leçons cliniques. Dans sa thèse , soutenue le 19 août de la même année , M. Trousseau a émis quelques propositions sur ce sujet ; et il vient tout récemment d'insérer dans les *Archives générales de médecine* , une description succincte de l'affection dont nous nous proposons de tracer l'histoire. Enfin , notre condisciple et ami , le docteur Landini , avec lequel nous avons observé cette maladie à l'Hôtel-Dieu , à l'hospice de la Faculté et au Val-de-Grâce , en a dessiné les traits principaux dans sa dissertation inaugurale , présentée le 17 avril 1826.

Examinons maintenant la marche de l'altération pathologique de l'appareil glanduleux intestinal.

D'abord , nous sommes forcés de convenir que , jusqu'à présent , il n'est pas possible de signaler des caractères qui puissent indiquer d'une manière précise et certaine , la ligne qui sépare l'état sain des glandes peyériennes et brunnériennes , du premier degré de leur état pathologique ; attendu que , lors de son principe , cette altération consiste dans une simple augmentation de volume , et que ces organes peuvent être un peu plus ou un peu moins développés , sui-

vant l'âge, les sujets et une foule d'autres circonstances, sans être véritablement malades; attendu, d'un autre côté, que les symptômes produits par cette lésion, dès son début, sont le plus souvent inaperçus ou peu graves, et qu'en conséquence on ne peut que rarement avoir l'occasion de s'aider du secours de l'anatomie morbide. Mais, en partant du quatrième ou du cinquième jour, époque à laquelle MM. Brétonneau et Velpeau ont pu examiner ces glandes, jusqu'à ce que le mal soit parvenu à les détruire complètement, nous pourrions suivre les progrès de leur altération. Ainsi, si l'on ouvre le canal alimentaire d'un sujet adulte, mort d'une fièvre adynamique, ataxique, ou ataxo-adynamique, c'est-à-dire caractérisée par des symptômes que nous indiquerons plus tard, on trouve depuis quelquefois le commencement, d'autres fois le milieu seulement du jéjunum jusqu'au cœcum, des pustules ayant le volume, ou d'un grain de millet, ou d'une tête d'épingle, ou, dans certains cas, celui d'un grain de chènevis; pustules arrondies, mobiles, recouvertes par la membrane muqueuse, pointues, et au sommet desquelles on distingue, le plus souvent à l'œil nu, ou au moins à l'aide du microscope, un pertuis ou une porosité que l'on prendrait pour l'orifice excréteur des petites glandes, et qui semble aboutir, d'après les nouvelles recherches de M. Brétonneau, dans une petite excavation servant comme d'*antichambre* à ces organes. Ces granulations sont tantôt très-nombreuses, et donnent alors à la tunique qui les renferme, l'aspect d'une portion de peau recouverte de grains varioliques au premier ou au deuxième jour de l'éruption, avec cette différence pourtant que la base des pustules intestinales est moins aplatie, et qu'elle ressemble peut-être plus exactement aux boutons de la varicelle; tantôt, au contraire, en petite quantité, quoi-qu'ayant la même forme, mais se multipliant toujours de plus en plus, à mesure que l'on descend vers la valvule iléo-cœcale, où elles sont en général aussi plus volumineuses. Outre ces pustules, on distingue, du côté convexe de l'intestin, des taches quelquefois simplement blanchâtres, dans d'autres cas, d'un rouge livide assez

foncé : taches qui occupent la place des glandes agminées de *Peyer*, et qui font un relief à peine sensible chez certains sujets , et dans la partie supérieure du jejunum ; tandis que , chez d'autres , elles sont déjà comme boursoufflées , surtout dans le tiers inférieur de l'iléon. Celles qui sont le moins épaisses , laissent voir une foule de petits points noirs correspondant aux orifices de chacune des glandules qui les composent ; celles dont le développement est plus avancé , sont comme fongueuses , plus molles , et leurs villosités sont extraordinairement amplifiées. Il n'existe encore aucune espèce d'ulcération. A leur pourtour , dans la plupart des cas , la membrane muqueuse ne présente pas de traces évidentes d'inflammation. Assez souvent , on peut les distinguer à l'extérieur , attendu que l'intestin est moins perméable à la lumière dans les points qu'elles occupent , et qu'elles se dessinent à travers les membranes , en formant une tache plus ou moins livide. Dans les cas graves , presque toutes les plaques sont ainsi développées ; dans d'autres , il n'y en a qu'un petit nombre qui le soient : mais toujours celle qui occupe la fin de l'iléon , et qui recouvre en partie la valvule de *Bauhin* , est la plus malade , et semble avoir été le point de départ ; en sorte qu'à mesure qu'on s'élève , leur nombre et le relief qu'elles forment diminuent graduellement , ainsi que nous l'avons dit pour les boutons. Au-delà de l'intestin grêle , c'est-à-dire dans le cœcum et tout le reste du gros intestin , il n'y a jamais de plaques ; on y trouve seulement , dans beaucoup de sujets et non dans tous , des pustules généralement un peu plus volumineuses que celles que nous avons notées plus haut , mais qui ont du reste la même forme , qui sont également dures , coniques , mobiles , parfaitement isolées , et dont la quantité devient d'autant moindre qu'on approche davantage du rectum.

Si l'on ouvre le tube digestif à une époque plus avancée de la maladie , vers le neuvième jour par exemple ; de nouvelles pustules , ainsi que de nouvelles plaques , se sont manifestées. Les premières sont un tiers , la moitié , et , dans certains cas , deux fois plus volumineuses et plus épaisses ; de telle sorte qu'alors on en

trouve ; pour ainsi dire , à tous les degrés. Les anciennes , toujours dures , roulantes , mais plus rouges , sont assez souvent légèrement déprimées à leur centre ; quelques-unes vont jusqu'à égaler le volume d'un petit pois. Plusieurs plaques ressemblent à des végétations fongueuses ; couleur lie de vin , très-exactement circonscrites , qui font quelquefois un relief d'une ligne et demie à deux lignes , et qui sont aussi épaisses à leur circonférence qu'à leur centre ; elles semblent avoir coupé les valvules conniventes , ou les avoir comprises dans leur développement pathologique. Les orifices folliculaires ne peuvent plus être distingués ; la membrane muqueuse est plus rouge autour de ces organes , quoique cependant elle reste saine en général dans l'intervalle qui les sépare. Les boutons du gros intestin sont plus gros alors que des grains de variole avant la suppuration ; néanmoins , tout cet ensemble de pustules simule , jusqu'à un certain point , une variole discrète ou confluyente suivant les sujets , et qui aurait atteint son apogée de développement. A l'extérieur , les plaques rouges sont beaucoup plus prononcées , et , en général , très-distinctes.

Arrivés à ce degré , ces organes continuent encore de croître sans autre altération pendant un , deux ou trois jours ; et , parvenus à cette période , ils commencent à marcher vers la résolution ou vers la destruction , en faisant place à des ulcères. Dans le premier cas , qui est heureusement le plus commun , quel que soit le traitement qu'on adopte , les plaques et les boutons restent un ou deux jours sans éprouver de changement bien manifeste : ensuite ils s'affaissent graduellement , et finissent par rentrer dans l'état naturel ; de manière que la convalescence survient , en général , du quatorzième au vingtième jour. Dans le second cas , qui est extrêmement grave , mais non toujours mortel , les plaques se boursofflent de plus en plus ; bientôt plusieurs saillies s'élèvent à leur surface ; l'orifice des pustules s'agrandit , ou plutôt une véritable perte de substances s'opère ; on aperçoit une teinte rougeâtre , violacée , et qui se colore quelquefois en jaune par la bile dont la sécrétion est ordinairement très-abondante. Un peu plus tard , vers le quatorzième jour , plusieurs de ces boutons , et ce sont ordinai-

rement les plus gros , sont comme ébarbés à leur sommet ; on découvre dans leur centre un peloton adhérent au fond , et libre par sa circonférence ; ce peloton , qui ne paraît être que du tissu cellulaire mortifié , en un mot un véritable *bourbillon* , analogue à celui qu'on trouve dans les petits furoncles de la peau , est ordinairement d'une couleur grisâtre , mais présente assez souvent aussi une teinte ocrassée bien manifeste ; quelquefois , il est comme desséché dans la poche qui le renferme , tandis que , chez d'autres sujets , il est baigné par une sanie comme mucoso-purulente. Le même phénomène s'observe sur les plaques , dans les points qui faisaient plus particulièrement relief à leur surface. D'un autre côté , il reste encore un grand nombre de boutons , et même de glandes agminées qui n'ont pas subi ce dernier genre d'altération. Cette espèce de bourbillon s'isole de plus en plus , finit par se séparer complètement , et laisse voir alors un ulcère , dont les bords , fortement relevés , paraissent taillés à pic , et au fond duquel la tunique musculuse se montre souvent à découvert. Cela s'observe à peu près constamment du quinzième au dix-huitième jour. Pendant que ces ulcères se détergent , d'autres boutons en produisent de semblables. Souvent , s'il s'en est formé plusieurs sur les plaques , on les voit se réunir en détruisant les petites brides qui les séparaient ; en sorte que , quelquefois , une glande agminée se désorganise en entier : ce qui donne lieu à une déperdition de substance dont l'étendue est en rapport avec celle de la plaque malade.

Quand l'affection est à ce point , elle peut encore suivre deux voies différentes. En effet , les bords de ces ulcères peuvent s'affaisser , s'amincir , et marcher régulièrement et plus ou moins vite , vers une cicatrisation solide , de manière qu'une convalescence toujours plus ou moins douteuse et chancelante , puisse se prononcer vers le trentième jour. Mais si la maladie continue à s'aggraver , les ulcérations suppurent , la membrane muqueuse se décolle à leur circonférence ; le tissu lamineux se désorganise ; les solutions de continuité gagnent en profondeur , détruisent quelquefois la membrane charnue ; de telle sorte que , par un examen attentif , on peut souvent distin-

guer la coupe perpendiculaire des couches muqueuse et musculuse, et apercevoir la tunique séreuse isolée, et restant seule pour séparer le canal alimentaire de la cavité péritonéale. Malheureusement, il n'est pas très-rare de voir cette faible digue être renversée à son tour, et permettre aux matières de s'épancher dans l'abdomen, cas des plus déplorable qui donne lieu à une péritonite promptement mortelle. Cet accident a été observé bien des fois par MM. *Brétonneau* et *Velpeau* ; nous l'avons vu nous-mêmes, l'an dernier, entraîner la mort presque instantanée d'un pharmacien qui, la veille, en raison de l'amendement des symptômes de la maladie, avait été regardé par M. *Husson* comme entrant en convalescence ; enfin, il a été noté par beaucoup d'autres médecins, mais qui, la plupart, cherchaient à rattacher cet épiphénomène à une toute autre cause, à la présence de vers, par exemple. Lorsque ces perforations meurtrières ne s'effectuent point, les bords de l'ulcère s'affaissent et se dégorgeant ; mais sa surface s'agrandit par le décollement de la membrane muqueuse ; décollement qui peut être porté au point de simuler un de ces ulcères fistuleux de la peau qui succèdent si souvent à l'ouverture des abcès syphilitiques de l'aîne. D'autres fois, ces mêmes bords se durcissent, s'épaississent, se renversent, se déchirent, et deviennent lardacés, au point que des observateurs ont pu prendre cet état pour une dégénérescence squirrheuse ou cancéreuse ; c'est ce qu'on remarque particulièrement sur la valvule de *Bauhin*. Le fond des ulcères pâlit, prend quelquefois une teinte grisâtre, noirâtre même ; les fibres charnues sont comme disséquées ; et, cependant, les pustules qui n'étaient pas encore ulcérées vers le vingtième jour tendent à disparaître, et finissent même par se résoudre complètement : enfin, la mort termine plus ou moins promptement une maladie aussi grave, quoique, dans certaines circonstances, rares il est vrai, la nature puisse encore en triompher. Dans ce dernier cas, la partie ulcérée se nettoie ; sa suppuration diminue ; ses bords, plus ou moins durs, se ramollissent ; et, après un plus ou moins grand nombre de rechutes, le malade arrive à la guérison, attendu

que le travail de cicatrisation peut encore s'opérer , quoique le mal dure depuis trente , quarante jours , et même davantage. C'est dans ces cas , surtout , qu'on voit des fièvres graves se prolonger jusqu'au soixantième , au quatre-vingtième , et même au centième jour ; et presque jamais , alors la convalescence n'est franche : ce qui tient incontestablement à ce que le sujet ne peut parcourir un aussi long laps de temps , sans commettre quelques écarts de régime , qui ne manquent pas de rappeler des accidens plus ou moins graves , mais d'une autre nature.

Lorsque la convalescence se manifeste et que le sujet est resté quelque temps hors de l'influence de cette affection , s'il arrive qu'il meure par suite d'une autre lésion , on trouve que les ulcères intestinaux sont complètement cicatrisés , et l'on ne distingue plus la place qu'ils occupaient que par une tache rouge ou simplement rosée. En examinant les choses de plus près , on reconnaît bientôt que , dans cet endroit , la membrane muqueuse a perdu ses caractères ou même n'existe plus ; qu'elle est confondue avec les couches sous-jacentes ; qu'elle ne renferme point de villosités ni de follicules ; enfin , qu'elle est réduite à une pellicule mince , quelquefois lisse et assez souvent ridée , de manière à présenter un certain nombre de brides concentriques qui se rendent dans le milieu de l'excavation superficielle qui leur sert de noyau. Il paraît cependant que , chez certains sujets , cette membrane finit par reprendre la plupart de ses caractères , au point qu'après quelques années , par exemple , il est souvent difficile , mais non impossible , de découvrir les traces de la phlegmasie furonculaire. Il n'est pas toujours nécessaire , pour rencontrer ces phénomènes , de pouvoir examiner des sujets morts d'une maladie étrangère à la dothinentérie qui avait cessé d'exister ; en effet , les cadavres de ceux qui succombent après être entrés dans une convalescence plus ou moins manifeste , et après le quarantième ou le cinquantième jour , offrent aussi presque constamment des cicatrices complètes , d'autres , qui sont moins parfaites , en même temps qu'il reste encore des ulcères en assez grand nombre.

Une autre altération qui accompagne toujours celle des glandes de *Peyer*, se remarque dans les ganglions lymphatiques. Si ces organes sont examinés aux diverses époques qui viennent d'être passées en revue, on voit que d'abord ils sont simplement gonflés et rouges, sans avoir perdu beaucoup de leur consistance; bientôt leur volume est doublé, triplé; leur tissu se ramollit; ils se colorent d'un rouge vineux; à l'intérieur, la substance est comme fongueuse; ils s'écrasent facilement sous les doigts; et toujours les plus gros et les plus malades correspondent aux pustules ou aux plaques les plus nombreuses et les plus développées. Vers le dixième jour, ils ont, en général, acquis leur plus grand développement, et il n'est pas rare d'en voir, parmi ceux qui répondent à la fin de l'iléon, d'aussi volumineux qu'un œuf de poule. Si la maladie marche vers la résolution, ces ganglions décroissent et reviennent insensiblement à leur état habituel. Si, au contraire, l'éruption se termine par ulcération, leur tissu reste long-temps ramolli et rouge; rarement ils suppurent, quoique cela arrive quelquefois; ils peuvent rester ainsi pendant toute la période aiguë de la maladie: d'un autre côté, leur centre peut se transformer en un petit foyer purulent, ainsi que l'a remarqué *M. Petit*. Si le malade continue de vivre, la partie la plus fluide du liquide est reprise par voie d'absorption, et il est assez commun alors, si le sujet ne périt qu'après le deuxième mois, ou même un peu plutôt, de voir plusieurs de ces ganglions changés en une espèce de coque à parois coriaces, noirâtres, plus ou moins épaisses, et renfermant dans son centre un noyau de matière caséuse ou calcaire.

Il resterait à déterminer si ces organes commencent à se gonfler avant l'origine des symptômes généraux, ou bien s'ils ne sont altérés que consécutivement. *Baglivi*, qui a bien certainement observé la même maladie, mais qui n'a pas connu l'exanthème intestinal, avait avancé que les ganglions lymphatiques étaient le siège et le point de départ de la maladie qu'il a nommée *fièvre mésentérique*. *M. Petit*, qui s'est également proposé cette question, l'a résolue en

concluant que le gonflement de ces corps n'était que secondaire. Quoi qu'il en soit, M. Brétonneau, qui a tant examiné ce sujet, a toujours rencontré les glandes du mésentère très-fortement tuméfiées et altérées, même chez les individus qui succombaient dans le principe de la maladie. La même chose a été observée à Paris, soit que les malades mourussent dans la première période, ou à une époque plus avancée; en sorte que, si elles ne sont que sympathiquement affectées, il est, au moins, très-probable que la réaction dont elles sont le siège se manifeste presque en même temps que la phlegmasie boutonneuse. Cette altération, d'ailleurs, est tellement évidente, elle est si constamment en rapport avec la gravité des lésions intestinales, qu'il suffit, après avoir divisé simplement les parois abdominales, d'examiner avec attention le mésentère pour prédire à peu près ce que l'on va trouver dans les intestins.

Quant aux autres lésions qui peuvent coexister avec celles que nous venons de décrire, elles sont nombreuses et très-variées; mais toutes ne doivent être rattachées qu'à des épiphénomènes, qu'à des maladies surajoutées, et doivent être soigneusement distinguées de ce qui appartient en propre à la dothinentérie. Ainsi, quelquefois, la tunique interne de l'estomac présente des traces évidentes d'inflammation diffuse; il en est de même pour celle du duodénum; mais, chose assez remarquable, le plus souvent, dans l'intervalle des boutons et des ulcères, cette tunique, n'est ni épaissie, ni opaque, en un mot, ne présente aucun caractère tranché d'inflammation. Bien des fois, M. Brétonneau a vu la face inférieure d'une valvule de *Kerkringius*, appuyant sur une plaque ou recouvrant un ou plusieurs ulcères, être rouge, boursoufflée, tandis que sa face supérieure n'offrait aucun indice de phlegmasie. — Quelquefois, le péritoine présente aussi des apparences manifestes d'inflammation, renferme des liquides exhalés ou épanchés; mais alors une perforation intestinale a presque toujours été la cause de ce désordre. La vessie est tantôt distendue par une grande quantité d'urine, et ses

parois sont amincies; tantôt, au contraire, elle est rétractée et sa tunique villeuse offre des taches plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues qui ressemblent à des ecchymoses. — Les reins, le foie et la rate ont rarement paru malades; cependant, ces deux derniers organes sont quelquefois plus volumineux et plus mous que dans l'état naturel; la surface du foie est, dans certains cas, noire, ardoisée; ce qui est dû, selon M. *Laënnec*, à la transsudation du gaz hydrogène sulfuré à travers les membranes de l'estomac et des intestins. Les poumons se trouvent fréquemment engorgés, remplis d'une grande quantité de liquide, d'un rouge vineux ou bleuâtre, surtout dans les points les plus déclives; quelquefois, cet engorgement a agi comme corps étranger, et a déterminé un véritable orgasme qui peut avoir été porté jusqu'à l'hépatisation. La rougeur est surtout prononcée dans les bronches et la trachée, même quand l'organe pulmonaire n'est pas sensiblement affecté; c'est une observation qu'a faite depuis long-temps M. *Récamier*, qui regarde la congestion sanguine de ces canaux comme une lésion constante dans les fièvres continues.

L'inflammation et les épanchemens séreux des plèvres ne surviennent ordinairement que pendant l'agonie. — La surface interne des vaisseaux sanguins, offre une teinte rouge-écarlate dans les artères, et violacée dans les veines, chez les sujets qui succombent après le douzième ou le quinzième jour. Enfin, on trouve aussi chez quelques-uns une certaine quantité de sérum dans les ventricules cérébraux; du reste, l'encéphale et les méninges n'ont que très-rarement offert des traces matérielles de lésion. On conçoit d'ailleurs que la dothinentérie n'exclut pas les autres maladies, qu'elle en favorise, au contraire, le développement, et que, conséquemment, on peut rencontrer dans les cadavres de ses victimes des altérations de tous les genres et de natures très-diverses.

Les matières qui remplissent les intestins présentent aussi des altérations qu'il importe de noter, et qui varient suivant les sujets,

suivant le degré de la maladie , les altérations secondaires qui se sont manifestées et enfin selon la médication qu'on a suivie. Ainsi, le mucus qui , dans l'état normal, forme une couche d'un blanc grisâtre, régulière et assez bien liée , est dans la plupart des cas , fluide, abondant et coloré tantôt en jaune - blanchâtre, tantôt en vert plus ou moins prononcé. Cette couleur lui est donnée par la bile dont la sécrétion est en général augmentée. D'autres fois , cette teinte peut être rousse, rougeâtre ou d'une autre nature encore, et alors la cause s'en trouve dans le sang qui a pu s'échapper des ulcérations par la déchirure de quelques vaisseaux , ou bien dans les substances médicamenteuses qui ont été administrées. Cependant il convient d'établir une distinction entre les deux portions de l'intestin , attendu que la partie supérieure de ce conduit est bien plus fréquemment remplie par ces matériaux liquides que le gros intestin ou la partie inférieure, qui, chez certains sujets, ne renferme qu'une très-petite quantité de mucosités ou d'autres substances plus ou moins fluides.

Nous ferons encore remarquer que chez la plupart de ceux qui meurent dans le courant du second septénaire, les parois intestinales paraissent ne pas avoir éprouvé de changement sensible , sous le rapport de leur épaisseur, dans les points qui séparent les pustules et les plaques; tandis que chez ceux qui succombent après trente, quarante jours ou plus tard , ces parois semblent être beaucoup plus minces que dans l'état naturel. Il faut noter , toutefois , que cette circonstance tient souvent à la constitution des sujets, et que chez les femmes par exemple, chez les jeunes personnes de la classe aisée, et surtout chez celles qui étaient d'une constitution délicate ou nerveuse , on trouve en général des intestins dont les parois sont extrêmement minces, et tellement que, pour peu qu'ils soient distendus par des gaz , ils offrent une véritable transparence.

§. III.

Symptômes de la Dothinentérie.

Après avoir exposé la marche de l'inflammation furonculaire des intestins, sous le point de vue de l'anatomie pathologique, nous devrions peut-être examiner les autres lésions qui s'en rapprochent le plus, et avec lesquelles il importe de ne pas la confondre; mais nous aimons mieux considérer d'abord les troubles qu'elle produit dans l'organisme, et les phénomènes qui peuvent dénoncer son existence. Nous aurons d'ailleurs occasion de rentrer dans cette comparaison, lorsque nous chercherons à distinguer cette affection d'autres maladies qui paraissent également avoir leur siège à la surface interne du conduit alimentaire.

Cette phlegmasie, chez la plupart des sujets, débute d'une manière obscure, et le plus souvent sans cause connue ou appréciable. Quelquefois, c'est après un écart de régime, à la suite d'un exercice violent ou d'une marche forcée qu'apparaissent ses premiers symptômes. Alors l'individu éprouve de légers frissons, surtout le soir; l'appétit se perd; il y a tendance à la tristesse; les membres sont comme brisés; la soif est assez vive; et souvent à ces symptômes vagues il se joint une céphalalgie plus ou moins intense, et qui ne siège pas seulement dans la région frontale; deux ou trois jours peuvent s'écouler sans que le malade se croie obligé de suspendre ses travaux, de changer de manière de vivre et de s'aliter; mais bientôt les symptômes indiqués augmentent: la lassitude devient plus grande; il y a de l'abattement; le sommeil se perd, et cependant le sujet semble continuellement disposé à dormir; la coloration de la face éprouve peu de changement; l'intelligence est saine, mais les réponses sont brusques; difficiles et lentes; elles ont besoin d'être sollicitées; les yeux sont quelquefois injectés; on remarque dans la physionomie *quelque chose d'étonné, d'hébéte*, et la stupeur est assez manifeste pour qu'on puisse la saisir au premier coup-d'œil:

ces signes, que fournit l'expression faciale, sont de la plus haute importance dans le diagnostic de cette maladie ; ils suffisent presque seuls aux médecins qui ont observé attentivement la dothinentérie, pour la leur faire démêler au milieu de beaucoup d'autres affections. La peau est sèche, sans être brûlante ; si sa température est élevée, la chaleur est sèche encore, mais non mordicante. Le pouls, tantôt fort et assez développé, tantôt dur, est le plus souvent facile à déprimer ; quelquefois il est faible ou s'éloigne à peine de son rythme naturel, surtout quand le malade est couché horizontalement, et qu'il n'est pas agité par suite de ses mouvemens ou des questions qui lui ont été adressées : en somme, néanmoins, sa fréquence est augmentée, et le nombre de ses battemens varie de 75 à 100 ; les mouvemens du cœur sont en harmonie avec les pulsations artérielles. La respiration se fait assez bien ; quelquefois, il y a un peu de toux, mais sèche et rare. Quand on approche du lit du malade, et qu'on l'interroge, il semble qu'on l'ait surpris ; et alors le bruit respiratoire est, pour quelques instans, comme suspirieux. Le stéthoscope appliqué sur les différens points de la poitrine, n'indique ordinairement aucune altération grave ; chez quelques sujets, on entend un léger râle sibilant ou sonore sec. La bouche est comme empâtée, quelquefois amère ; tantôt un peu plus sèche que de coutume ; tantôt, au contraire, humectée par une plus grande quantité de fluide salivaire. Dans tous les cas, il y a supersécrétion muqueuse, de sorte que les dents se salissent. La langue est légèrement rétrécie et se tire en pointe, mais en restant mince ; sa base est couverte d'une couche de mucus tantôt légèrement verdâtre, tantôt d'un jaune-grisâtre, et rarement blanc ou d'un jaune prononcé ; cette couche s'amincit insensiblement en se portant vers la pointe et les bords de l'organe où elle disparaît complètement pour être remplacée par une rougeur plus ou moins vive ; les papilles sont généralement très-développées : cet état de la langue est caractéristique chez un grand nombre de sujets. Quelquefois le ventre est légèrement sensible à la pression, principalement vers l'épigastre et les

fosses iliaques , la droite surtout ; chez un assez grand nombre de malades , ce n'est qu'en comprimant assez fortement les parois abdominales , qu'on détermine un mouvement particulier de la physionomie qui atteste leur souffrance. Par fois , il y a un peu de météorisme et des borborygmes ; plus souvent , le volume du ventre n'est pas changé. Il n'est pas rare que les sujets restent constipés pendant quelques jours ; mais , plus fréquemment , ils sont pris d'une diarrhée , en général peu abondante.

Tel est l'ensemble des symptômes qui caractérisent la dothinérité dès son début , en admettant , toutefois , que tous ces signes sont loin de se montrer simultanément et au même degré chez tous les individus. A partir de ce moment , les phénomènes qui vont se manifester successivement devront varier suivant que la maladie restera bénigne , qu'elle prendra un caractère plus grave , ou qu'elle deviendra très-grave. Dans le premier cas , elle présentera presque tous les signes qui entrent dans les descriptions données des *fièvres dites muqueuse , synoque simples* ; de quelques-unes qui ont été rangées dans la classe des *fièvres bilieuses* ; enfin , de presque toutes celles qui , abandonnées à elles-mêmes , se terminent par le retour à la santé vers la fin du deuxième ou du troisième septénaire. Dans le second cas , nous trouverons le tableau symptomatique de la *fièvre muqueuse grave* , du *typhus léger* , de la *synoque putride* , de plusieurs *fièvres angéioténiques* , des *fièvres inflammatoires* de STOLL , du plus grand nombre des *fièvres putrides légères* , épidémiques ou sporadiques , des *fièvres ataxiques* du même genre. Dans le troisième cas , enfin , nous verrons bientôt la phlegmasie pustuleuse revêtir les formes de toutes les fièvres graves , en général , et l'on pourra lui rapporter les *fièvres adynamiques , ataxiques intenses* , le *typhus* et les *fièvres dites bilieuses dégénérées* ; ainsi , la *fièvre bilieuse* observée par Finke dans le comté de Tecklembourg , en 1776 , celles qui ont régné en Italie il y a un certain nombre d'années , celle qui a moissonné tant de sujets à Edimbourg il y a cinq ou six ans ; en un mot , la plupart des fièvres de mauvais caractère qui ont sévi d'une

manière épidémique et à diverses époques depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours.

Qu'on n'aille pas conclure de là, cependant, que toutes les fièvres dites essentielles doivent être rapportées à la lésion des glandes décrites par *Peyer* et *Brunner*; nous disons seulement que cette altération se rencontre dans la plupart des épidémies décrites, et qu'aucune tentative n'a été faite jusqu'ici pour séparer les symptômes qui en décèlent la présence, de ceux qui se rattachent à d'autres désordres pathologiques.

Ces différences dans la marche d'une maladie qui reconnaît pour cause une altération dont le siège ne varie pas, sont cependant assez faciles à expliquer; on conçoit que vingt, trente ou quarante glandules et quelques plaques seulement puissent être affectées; on conçoit aussi que presque tous ces organes puissent être pris d'inflammation simultanément; or, doit-il paraître étonnant que, dans le premier cas, la réaction soit légère, et que, dans l'autre, au contraire, elle soit très-prononcée? Peut-on d'ailleurs se refuser à admettre qu'une même lésion, au même degré, mais existant chez des individus d'une constitution opposée, et sous d'autres influences très-variables, ne puisse donner lieu à des phénomènes extrêmement diversifiés? Ainsi, chez un enfant ou un jeune sujet faible, et qui offrira la prédominance du système lymphatique, on verra une véritable fièvre muqueuse des auteurs; chez un autre, dont l'appareil cérébro-spinal jouira d'une grande activité, l'ataxie se manifestera; celui-ci, fort et bien constitué, sera surtout sujet aux accidens angéioténiques; celui-là enfin, que des travaux ou un mauvais régime auront épuisé, présentera l'appareil des symptômes dits *adynamiques*. La gravité de la maladie paraît aussi tenir à l'intensité de la cause qui l'a produite; c'est-à-dire, non-seulement à l'étendue de la désorganisation qui s'opère dans les intestins, mais bien encore à l'énergie de l'agent, quel qu'il soit, qui détermine cette désorganisation.

Quoi qu'il en soit, si cette maladie prend les formes les plus

douces , on voit les symptômes indiqués d'abord , se maintenir , sans s'aggraver beaucoup , jusqu'au dixième , au douzième ou au quinzième jour ; seulement il survient fréquemment le soir une légère exacerbation , et , dans la nuit , le malade est quelquefois tourmenté par un état de rêvasserie fatigant ou par un léger délire ; la langue reste humide et conserve les caractères que nous avons signalés plus haut ; la bouche est toujours pâteuse. Dans certains cas , le sujet éprouve quelques nausées ou envies de vomir. La diarrhée se déclare , ou , si elle existait déjà , augmente , en général , pendant quatre , cinq ou six jours ; de telle sorte qu'il y a alors six huit , dix ou douze selles dans les vingt-quatre heures : ensuite elle diminue par degrés , et finit par cesser complètement avant que la convalescence ne soit décidée. La teinte de la figure change peu , et ordinairement les sujets , vus dans leur lit , ont à peine l'air d'être malades. Cependant la physionomie conserve cette empreinte de stupeur , d'étonnement , d'ivresse , qui , à elle seule , suffit aux yeux exercés pour faire apprécier la nature de l'affection. La fréquence du pouls n'est jamais très-grande , non plus que la chaleur de la peau. La soif est quelquefois assez prononcée ; le dégoût pour les alimens se maintient. Il n'est point rare de voir une toux sèche , plus ou moins incommode. Enfin , les matières excrétées par le rectum ne passent point à la teinte verdâtre , et les urines restent *crues* , comme le disaient les anciens , c'est-à-dire , ténues , incolores ou d'un rouge peu foncé. Du douzième au dix-huitième jour ; presque toujours par des transitions graduées , et rarement tout-à-coup , on voit ces phénomènes disparaître ; le dévoiement cesse peu à peu ; la langue se nettoie , de la pointe et des bords vers la base et le milieu ; les traits de la face s'affaissent ; il survient le plus souvent une sueur chaude , générale et assez abondante ; la fièvre tombe , la peau devient plus souple , plus douce au toucher ; la chaleur s'évanouit , et l'appétit renaît , souvent même avec beaucoup de force ; la figure pâlit , perd cet air d'hébétude qu'elle avait auparavant , et le malade alors semble maigrir d'une manière assez rapide.

Il faut noter néanmoins qu'assez fréquemment la toux persiste chez certains sujets qui ne paraissent être tourmentés que par les restes d'un rhume. Quand les choses en sont là , le malade est en convalescence , et sa santé ne tarde pas à se rétablir complètement , s'il ne commet pas d'imprudences.

Si la dothinentérie est plus grave, on s'en aperçoit bientôt; la tête se prend de plus en plus, et souvent un délire assez prononcé se remarque dès le quatrième ou le cinquième jour; les yeux sont légèrement hagards; le malade est couché sur le dos; la langue rougit davantage, se sèche par momens sur sa face dorsale et surtout vers sa base, mais sans se noircir et en restant susceptible de s'humecter promptement et de s'assouplir par l'ingestion des boissons; le mucus qui coule des gencives a aussi une grande tendance à se concréter, de manière que le collet des dents se salit de plus en plus et paraît croûteux, toutefois sans être noir; la soif devient plus vive; la diarrhée augmente et les matières fécales deviennent souvent porracées; le ventre est sensible, douloureux, quelquefois plus chaud que les autres parties du corps; chez certains individus, le poulx se développe, devient grand, fort, mais rarement dur: chez d'autres, il est petit, irrégulier sans être fréquent; la respiration est moins libre; l'auscultation médiate ou immédiate fait souvent découvrir le râle crépitant et le râle muqueux dans quelques points de la poitrine; quand il y a de la toux, elle ne revient point par quintes, et n'est pas suivie d'expectoration; le *facies* du malade est ordinairement assez coloré; mais il n'est pas rare de voir une teinte rouge assez intense alterner avec une pâleur assez marquée; la somnolence devient plus prononcée et quelquefois une sorte de *coma vigil* se manifeste. Interroge-t-on le sujet, ses réponses se font attendre; elles sont pénibles mais en général justes. Dès qu'on lui parle, il soulève ses paupières habituellement fermées, et regarde les personnes qui l'entourent avec un air de surprise, comme s'il avait de la peine à les reconnaître; il lui échappe souvent alors quelques soupirs; et, si l'on n'a pas le soin de renouveler la question ou de fixer son attention

d'une manière quelconque , il rentre presque aussitôt dans cet assoupissement d'où il est toujours si facile de le tirer. Il n'est point rare non plus de voir une cophose légère se manifester. Tous ces symptômes s'accroissent plus ou moins rapidement jusqu'au douzième , treizième ou quatorzième jour , et fréquemment à cette époque , le délire est très-fort , la nuit surtout ; la langue est encroûtée ainsi que les dents et les lèvres ; la peau est très-sèche et rugueuse , le pouls beaucoup plus inégal et plus fréquent ; les battemens des carotides et de reflux des veines jugulaires sont très-marques ; des croûtes se forment sur les paupières ; on remarque parfois une perversion complète des facultés intellectuelles , et le malade alors ou ne répond pas , ou bien répond d'une manière inexacte aux questions qu'on lui adresse ; enfin , si la maladie doit avoir une terminaison heureuse , vers le quinzième ou seizième jour , la langue s'humecte , la diarrhée diminue , le délire disparaît avec la somnolence ; le pouls perd de sa fréquence ; la peau s'assouplit , se couvre quelquefois de sueur , ou bien les urines se chargent et déposent un sédiment d'un blanc jaunâtre ; les croûtes de la bouche se ramollissent , se détachent peu à peu , et bientôt il est possible de les enlever ; la soif devient moindre ; le malade commence à se placer lui même sur l'un ou l'autre côté , et au *coma vigil* succède un sommeil réparateur ; enfin , après un nombre de jours qu'il est difficile de fixer , mais qu'on peut renfermer entre le quinzième et le trentième , tous les accidens sont dissipés , et il ne reste plus que de la maigreur et une très-grande faiblesse.

Dans le troisième cas , c'est-à-dire , si l'affection est grave dès le principe , après quelques jours d'un état chancelant , on voit tantôt le délire , tantôt la diarrhée se manifester subitement à un haut degré ; quelques malades tombent dans une très-grande prostration ; d'autres sont continuellement agités , se lèvent , ou bien restent dans le décubitus dorsal en portant sans cesse leurs membres hors du lit ; bientôt , la langue se sèche , devient rousse sur toute sa face supérieure , excepté à la pointe et aux bords qui offrent presque toujours un liséré

rouge ou rosé plus ou moins vif; si le malade la tire, elle est tremblotante, retrécie; les yeux se roulent sous les paupières, sont hagards ou comme éivrés; la face est tantôt pâle, tantôt colorée; enfin, tous les symptômes de la fièvre ataxique se manifestent d'une manière très-prononcée. Plus souvent, cependant, on voit se développer ceux de la fièvre putride ou adynamique; la langue alors n'est plus simplement rousse et sèche; elle se couvre d'une croûte qui s'épaissit chaque jour, se gerce, se fendille et devient noirâtre; les gencives, la racine des dents et les lèvres se recouvrent de semblables concrétions; l'agitation et le délire sont moins violents que dans la nuance ataxique; mais on observe une loquacité très-grande, surtout la nuit. Il est rare que, pendant le développement de ces phénomènes, les autres viscères fassent connaître leur souffrance par des signes bien distincts, quand même ils seraient vivement affectés; c'est ainsi qu'on trouve quelquefois après la mort, les plèvres et les poumons fortement enflammés, quand on n'avait pas soupçonné leur altération pendant la vie; et cette raison seule devrait faire un devoir à tous les médecins d'explorer attentivement la poitrine de ces malades par le moyen de la percussion et de l'auscultation dans tous les cas un peu graves. Un peu plus tard, la peau, qui jusque là avait été halitueuse, se sèche et devient écailleuse; il survient des épistaxis, en général peu abondans, mais qui peuvent se répéter un grand nombre de fois sans soulager les sujets. Les matières du dévoiement deviennent très-liquides, d'un gris sale, ou d'un vert plus ou moins foncé, ou bien, encore noirâtre; elles sont ordinairement très-fétides; quelquefois aussi, les malades rendent par l'anús une assez grande quantité de sang pur; la vessie devient parfois le siège d'une pesanteur incommode et même d'une véritable douleur; on est dans certains cas, forcé de pratiquer le cathétérisme. Dans quelques épidémies, ou chez quelques individus seulement, on aperçoit des taches vineuses sur la peau de la poitrine, du ventre et même des autres parties du corps; la maladie est alors un vrai typhus. Le plus souvent, ce cortège de symptômes est à son *summum* d'in-

tensité vers le douzième ou le quinzième jour ; et, si une issue fâcheuse doit survenir, ce qui est très-commun, l'adynamie se prononce de plus en plus, ou bien tous les signes de l'ataxie continuent ; la diarrhée augmente et les selles coulent involontairement ; le malade est aphone ; sa figure se décompose ; quelquefois un assoupissement plus ou moins profond se déclare et la mort arrive le dix-huitième, le vingtième ou le vingt-cinquième jour, et rarement plus tard, quand l'affection a suivi régulièrement sa marche dans l'état d'acuité que nous venons de décrire. Souvent vers le quinzième jour, plusieurs des symptômes indiqués semblent s'améliorer ; le délire diminue, la diarrhée elle-même se modère, la langue tend à s'humecter ; un jour, le malade paraît mieux, mais le lendemain il est plus mal ; il peut se traîner ainsi jusqu'au vingt-cinquième et même au trentième jour : et, à cette époque, s'il succombe, ou bien c'est par suite d'une diarrhée abondante qui a reparu et d'un grand affaissement ; ou bien c'est qu'il s'est manifesté de larges et profondes escharres derrière le sacrum ou sur la face externe des trochanters ; ou bien enfin, c'est parce qu'une des ulcérations intestinales a perforé la tunique séreuse et entraîné une péritonite par l'épanchement des matières fécales. Si au contraire, même à ce degré, la maladie doit arriver à bien, la peau commence peu à peu à s'humecter, à s'assouplir en même temps que le délire se calme ; le décubitus latéral redevient possible ; le nombre des selles décroît insensiblement et leur couleur éprouve un changement favorable ; les lèvres, les dents et la langue se débarrassent par degrés des matières desséchées qui les encroûtaient et qui se sont préliminairement ramollies plus ou moins promptement ; une sueur abondante, des urines sédimenteuses, une expectoration plus ou moins copieuse, parfois comme purulente ou de couleur lie de vin, annoncent dans certains cas cette détente avantageuse ; enfin, toutes les fonctions se rapprochent de leur type naturel ; l'appétit renaît et la convalescence ne tarde pas à se décider.

Tels sont les signes généraux qui caractérisent la dothinentérie la plus grave. Il n'est personne qui ne voie, d'après cet exposé, que ces trois

degrés de la même maladie peuvent et doivent fréquemment se confondre ; que souvent telle nuance qui avait paru d'abord très-bénigne , peut finir par devenir extrêmement grave ; mais aussi , que telle autre qui se présentait au principe avec des symptômes très-alarmans , peut bien se transformer en un degré moins dangereux. Ces faits tiennent à des causes qu'il n'est pas toujours facile d'apprécier , mais qui n'en existent pas moins ; et ce sont ces circonstances, sans doute, qui font que les cas de mortalité observés par des praticiens différens se trouvent être dans des proportions si diverses.

§. IV.

Diagnostic.

Il convient de faire remarquer, que M. Brétonneau n'a point prétendu imposer à la maladie que nous venons de décrire toutes les attributions que l'école physiologique a départies à la *gastro-entérite*. Suivant lui, la dothinentérie est une affection *sui generis*, une phlegmasie aiguë, *spécifique*, pustuleuse ou exanthématique des intestins, dont le siège est constamment le même, dont la marche est presque aussi régulière que celle de la variole, et dans laquelle chaque bouton ou chaque ulcère n'est pas plus le résultat de l'inflammation diffuse ou en nappe de la membrane muqueuse gastro-intestinale, que le furoncle ou les pustules psoriques ne sont la suite d'une erysipèle de la peau. Mais une semblable étiologie manquerait le but essentiel vers lequel doivent tendre les médecins, s'il n'existait pas des signes propres à nous faire distinguer une maladie de ce genre, et des affections qui ont pour siège d'autres points du canal alimentaire, ou pour mieux dire, d'autres élémens de la tunique qui tapisse son intérieur, et de celles que l'on a décrites sous le titre général de *fièvres essentielles* et que M. Broussais a groupées dans ces derniers temps autour de la gastro-entérite. Heureusement, M. Brétonneau, d'ailleurs doué d'une sagacité très-rare dans le diagnostic des maladies, croit

être arrivé à des résultats positifs , tellement même qu'il distingue à peu près constamment un sujet frappé de dothinentérie au milieu de plusieurs centaines d'autres malades. En effet , dans ce qu'on appelait fièvres ataxiques pures , soit que ces altérations de fonctions reconnaissent comme foyer provocateur une lésion cérébrale ou des méninges , soit qu'elles dépendent de tout autre cause, il n'y a presque jamais de diarrhée ; la peau est tantôt chaude et tantôt froide ; le pouls est fort ou faible , rare ou fréquent, petit ou grand , et ces états opposés se présentent souvent alternativement et d'une manière désordonnée. Par momens , le sujet paraît à peine malade, tandis que quelques instans plus tard , il semble être à l'agonie. La langue surtout , présente des caractères importants à noter ; elle est généralement pâle ou blanche , mince , aplatie , humide , quoique les autres symptômes soient très-graves ; quelquefois cependant , elle est rétrécie , mais alors son épaisseur est plus grande ; elle se rapproche de la figure d'une cône ; les papilles de ses bords et de sa pointe ne sont que très-peu développées ; le liséré rouge qui l'entoure est peu étendu et peu vif ; il n'a pas cet aspect *tendre* qui caractérise celui de la dothinentérie. Du reste , l'enduit de sa face dorsale est en général uniformément répandu de la base à la pointe , et de la ligne médiane vers les côtés.

Dans les fièvres dites *bilieuses* , *muqueuses* , *adynamiques* , qui ne tiennent point à l'inflammation furonculaire des intestins , qu'elles dépendent ou non d'une gastro-entérite , la langue est aussi généralement aplatie et mince , ou bien large et épaisse ; elle se couvre d'un enduit jaune ou d'un blanc sale , qui tapisse sa face supérieure , et quelquefois même ses bords : chez d'autres sujets , elle est comme roulée sur elle-même , sans enduit , et plus ou moins rouge dans toute son étendue ; mais alors les papilles sont peu distinctes. Si elle s'encroûte comme cela peut arriver par l'effet de toutes les phlegmasies graves , et surtout par l'intromission de matières décomposées dans la circulation générale , il devient plus difficile de ne pas se tromper ; cependant la marche générale de la maladie , l'époque à laquelle cet

état se manifeste, l'aspect même de la croûte pourront encore éclairer le diagnostic. Dans la dothinentérie, en effet, la langue ne s'en-croûte ainsi que du neuvième au quinzième ou dix-huitième jour, sans cesser cependant d'être d'un rouge tendre à sa pointe et sur ses bords dans une étendue plus ou moins considérable. Le plus souvent, elle ne perd pas sa forme triangulaire et pointue, quoiqu'elle paraisse peu épaissie. Dans les autres cas, on la voit presque aussi large à sa pointe qu'à sa base, si elle est mince; et elle se trouve également rétrécie dans toute son étendue, si elle a augmenté beaucoup d'épaisseur. La croûte alors est quelquefois plus épaisse près des bords et de la pointe que vers la base. D'ailleurs ici on ne rencontre point cet état de stupeur, d'hébétude qui rend les malades comme frappés d'ivresse, et qui est si caractéristique dans la dothinentérie franche. Enfin les traits de la figure sont plus ou moins décomposés.

Dans la gastrite, dans l'entérite, dans la dysenterie, et dans toutes phlegmasies gastro-intestinales, on ne remarque pas non plus le même aspect de la langue; ou bien elle reste mince, ou bien elle se rétrécit, et se termine en pointe plus ou moins aiguë, plus ou moins mousse, mais en augmentant d'épaisseur. L'enduit qui la couvre est tantôt mince, tantôt très-épais. Cet organe est quelquefois complètement lisse; ses papilles ne se développent pas, ou ce n'est qu'à un faible degré; et c'est sans doute parce qu'en a confondu la phlegmasie pustuleuse avec les autres altérations intestinales, que l'on a avancé que la rougeur de la langue annonçait dans tous les cas, et d'une manière certaine, l'état de souffrance de l'estomac. *M. Brétonneau* pense que l'inflammation du ventricule, portée au point d'exercer une influence sympathique sur toute l'économie, est très-rare; qu'il en est à peu près de même de celle de l'intestin grêle, et que, si l'on peut admettre une entérite aiguë comme cause de maladie fébrile, c'est le plus souvent dans les dernières portions du gros intestin qu'on la rencontre; dans ce dernier cas, elle a des caractères tranchés qui ne permettent pas de la méconnaître. Une gas-

trite intense et une colite aiguë seront certainement toujours reconnues par le praticien , et ce ne sera que dans quelques cas insolites qu'il pourra devenir difficile d'affirmer si la maladie a son siège précis dans les glandes de *Peyer* ou dans tout autre point de la tunique muqueuse des intestins.

S'il est vrai que les villosités intestinales puissent être spécialement malades , et que les follicules muqueux soient aussi quelquefois affectés , comme le *muguet* des enfans en offre un modèle ; s'il est vrai , enfin , que la membrane muqueuse , ainsi que la peau , soit sujette à des lésions très-diverses , comme elles n'ont été jusqu'à présent que très-peu étudiées , nous ne chercherons point à entrer dans les détails séméiologiques qui les concernent , et qui sont d'ailleurs étrangers à notre sujet ; il doit nous suffire d'indiquer les moyens d'en séparer la dothinentérie. Mais il nous reste à justifier par des exemples les assertions que nous avons émises plus haut ; c'est ce que nous ferons , en rapportant le plus fidèlement possible une observation de dothinentérie , une autre de gastro-entérite , une troisième de colite , et une quatrième dans laquelle les altérations pathologiques n'ont pu être appréciées.

I.^{re} OBSERVATION.

Dothinentérie grave (BRÉTONNEAU) ; *fièvre ataxo-dynamique* (PINEL) ; *gastro-entérite intense* (BROUSSAIS).

Coulon , âgé de dix-neuf ans , coutelier , de stature moyenne , fort et bien constitué , n'ayant jamais été malade , arrivé dans la capitale depuis sept mois seulement , était dans un état de santé chancelante depuis environ huit jours , pendant lesquels il s'était plaint de céphalalgie , de légers frissons , d'anorexie , et de fatigue dans les membres. Depuis trois jours , l'appétit est complètement perdu ; le malade se sent faible ; son sommeil est agité ; des frissons plus violents précèdent , chaque soir , une fièvre assez prononcée ; cependant ,

il a continué son travail, et n'a point apporté de changement dans son régime. Entré le 20 octobre 1825 à l'hôpital de la Faculté, il présente les symptômes suivans : la figure est à peu près colorée comme dans l'état naturel ; seulement, elle est un peu nuancée de teintes bleuâtres ; physionomie hébétée ; air d'ivresse très-prononcé ; langue rouge à sa pointe et sur ses bords, chargée d'un enduit légèrement verdâtre, mince en avant, et assez épais vers la base ; céphalalgie très-forte ; le malade répond lentement aux questions qu'on lui adresse, et qui semblent l'ennuyer ; il dit ne pas souffrir, à part le mal de tête ; le pouls est peu fréquent (80), assez faible et souple, ou légèrement onduleux ; le ventre n'est ni sensible, ni gonflé ; depuis quatre jours, il y a de la diarrhée, mais trois à quatre selles seulement dans les vingt-quatre heures. Le sujet reste levé toute la journée. Dans la nuit, la fièvre est très-forte ; il y a un peu d'agitation. Le 21, la céphalalgie est plus violente, la face plus colorée, le pouls plus fort, plus fréquent et plus dur ; la peau chaude et sèche. (Saignée de dix onces ; tisane de guimauve.) Le soir, il y a un peu de délire ; le pouls est inégal et bat quatre - vingt - dix fois par minute ; le ventre reste souple et non douloureux. Dans la nuit, agitation plus grande. Le 22, même état que la veille ; air d'ivresse plus marqué encore ; quand on questionne le malade, il semble qu'on le tire d'un songe ; il y a un peu de toux, et la respiration est suspicieuse par momens ; les tendons de l'avant-bras se convulsent légèrement, quand les membres supérieurs sont sortis du lit. (Saignée de dix onces ; même tisane.) Le 23, les symptômes paraissent légèrement amendés. Le 24, il y a eu du délire dans la nuit ; les yeux sont hagards, le pouls onduleux, plus fréquent ; le sujet est dans la supination ; la langue est toujours rouge à la pointe et sur les bords, mais humide ; il y a eu cinq garde-robes dans les vingt-quatre heures ; pas de douleur à l'épigastre, ni dans les autres points de l'abdomen. Le 25, la langue commence à se sécher ; la carphologie se manifeste par momens ; soubresauts des tendons ; délire calme et léger ; battemens spasmo-

diques des jugulaires; diarrhée plus abondante. (Vingt-cinq sangsues sur l'épigastre; tisane d'orge; lavemens émolliens.) Le sang coule en abondance. Dans la nuit, délire continu; pouls petit; langue plus sèche; le visage est plus pâle et légèrement jaunâtre par points; la soif est modérée; la diarrhée continue. Le 26, délire très-fort; langue très-sèche, encroûtée, ainsi que les dents, d'une couche rousse et très-tenace; pouls petit, inégal, fréquent; carphologie; jactitation; le malade se découvre sans cesse; la pression entre les fausses côtes et la crête iliaque droite semble déterminer un léger sentiment de douleur: la face ayant repris sa coloration naturelle, on applique de nouveau vingt-cinq sangsues sur l'endroit souffrant. Le 27, prostration; lèvres, dents et langue fuligineuses, plus encroûtées; peu sèche; délire continu; diarrhée très-abondante; le stéthoscope n'indique rien du côté du thorax; le malade boit peu. Le 28, même état. (Lavement de k. k. 3ij et de camphre 3j; potion gommeuse avec addition de camphre 3b; lavement émollient.) Le lavement de quinquina camphré est rendu presque immédiatement; trois cuillerées seulement de la potion sont ingérées. Le 29, même état de la langue, qui est encore plus sèche et plus encroûtée; tous les autres symptômes persistent; la diarrhée, néanmoins, est arrêtée. (Même prescription.) Le 30, délire violent; mussitation continuelle; constipation; le malade ne peut tirer la langue, qu'on aperçoit remontée dans le fond de la bouche, et qui est sèche et racornie; en un mot, tous les signes réunis de l'ataxie et de l'adynamie sont ici portés au plus haut degré. (Vésicatoires aux jambes; même potion, avec camphre 3ij.) Chaque cuillerée qu'on en donne au sujet lui fait faire des efforts pour vomir; il la refuse opiniâtrément malgré son délire; on parvient pourtant à lui en faire avaler un peu. Le 31, les vésicatoires n'ont produit aucun effet; il y a eu deux selles liquides dans la nuit; du reste, pas de changement. (Sinapismes aux pieds.) Le 1.^{er} novembre, le ventre se météorise légèrement et devient douloureux. (On cesse la potion; tisane de guimauve, édulcorée avec le sirop de gomme.) Le 2, tous les symptômes s'aggravent; le coma

vigil alterne avec un délire plus calme ; la peau est sèche , terreuse ; la diarrhée abondante. (Sinapismes aux jambes.) Le 3 , le pouls est très-petit , tremblottant , irrégulier ; le délire continue et l'assoupissement n'a pas augmenté ; la faiblesse est très-grande ; la langue toujours sèche et noirâtre ; l'agitation , continuelle ; le météorisme abdominal augmente. Dans la soirée , le pouls devient presque imperceptible et très-fréquent ; le malade s'affaiblit très-rapidement , et meurt le 4 , à cinq heures du matin.

Nécropsie vingt-huit heures après la mort.

Aspect extérieur du cadavre. Embonpoint ordinaire ; muscles très-développés ; peau brune ; lividités cadavériques formant de très-larges plaques sur différens points de la surface postérieure du tronc , et quelques taches seulement sur le devant du thorax.

Crâne. Les méninges sont transparentes et non injectées ; la substance cérébrale est assez ferme et légèrement pointillée en rouge , si on la coupe par tranches. Tous les ventricules ne renferment pas plus d'une cuillerée de sérosité. Du reste , tout paraît sain dans cette cavité.

Thorax. Les poumons sont souples et légèrement engoués vers leur partie postérieure ; leur membrane muqueuse est un peu colorée en rouge-vineux , et par points. Les plèvres ne sont pas altérées. Le cœur n'offre rien de particulier.

Abdomen. Le péritoine paraît plus rouge que dans l'état naturel ; cependant il n'y a aucune trace évidente de l'inflammation de cette membrane. Les ganglions mésentériques qui correspondent au cœcum et à la fin de l'iléon , sont gonflés , rouges ; quelques-uns égalent le volume d'une noix ; ils sont mous et comme spongieux ; on les écrase facilement entre les doigts ; leur centre est d'un rouge de vin ; aucun d'eux n'est en suppuration. La membrane muqueuse de l'estomac est d'un jaune roussâtre , comme rôtie dans la moitié supérieure du viscère , où elle est aussi plus friable que dans l'état sain , mais sans avoir

plus ni moins d'épaisseur ; dans la moitié inférieure ou pylorique , elle présente plusieurs points rougeâtres , évidemment enflammés , mêlés à quelques autres taches produites par l'hypostase. Dans le duodénum , cette tunique est généralement un peu rosée ; ses autres caractères ne sont aucunement changés. A partir du milieu de l'intestin jéjunum , des pustules du volume d'un grain de chenevis , et qu'il est facile de reconnaître pour des glandes de *Brunner* gonflées , se trouvent éparses çà et là jusqu'au cœcum ; des plaques agminées de *Peyer* sont également tuméfiées , boursoufflées , et beaucoup d'entr'elles sont détruites par des ulcères plus ou moins larges qui occupent leurs places. Celles qui avoisinent le cœcum font un relief considérable ; la plus rapprochée de cet intestin est comme percée par quatre ou cinq ulcérations rondes et taillées à pic ; une foule d'autres solutions de continuité se rencontrent dans toute la longueur de l'iléum , et principalement dans son tiers inférieur. On en voit qui renferment un véritable bourbillon , lequel est en partie détaché dans les unes, et encore fort adhérent dans d'autres. La plupart des petits ulcères isolés ne semblent s'être vidés que depuis peu de temps ; en effet , ils offrent l'aspect de petites poches dont la paroi libre viendrait d'être déchirée , c'est-à-dire qu'ils font saillie sur la surface muqueuse , et que leur profondeur est considérable. Dans le gros intestin , il n'y a ni pustules , ni ulcères ; son épaisseur , son élasticité et sa résistance ne sont aucunement changées ; néanmoins , la membrane interne est légèrement colorée en rouge par plaques dans le colon ascendant ; et , chose remarquable , les points où le lavement de quinquina s'est étendu , sont ceux qui présentent le moins de rougeur. Tout l'intestin grêle est rempli de matières d'un jaune grisâtre , dans lesquelles le mucus entre en très-grande proportion. Dans l'intervalle des plaques , des boutons et des ulcères , les valvules conniventes et la membrane villeuse , en général , ne présentent pas de rougeur , ni d'autres caractères inflammatoires bien tranchés.

II.^e OBSERVATION.

Fièvre ataxique (PINEL); Gastro-entérite (BROUSSAIS).

Madame de S..., âgée de trente-un ans, forte, bien constituée, d'un embonpoint assez prononcé, entra à l'hôpital de la Faculté le 26 mars 1824.

Signes anamnestiques. On apprit des personnes qui amenèrent cette malade que, depuis plusieurs années, elle éprouvait des peines morales très-vives. En effet, issue de parens très-riches, mais roturière, elle s'était alliée au marquis de S..., qui, après avoir dissipé sa fortune, l'avait abandonnée pour venir à Paris, où il vivait en concubinage; en sorte qu'elle se trouvait réduite à la plus grande misère, et que, sans l'assistance d'une de ses anciennes domestiques, elle eût plusieurs fois manqué des objets de première nécessité. Depuis l'époque de la puberté, elle ressentait à peu près tous les six mois, des douleurs vives dans l'hypocondre droit et à l'épigastre, douleurs qui étaient presque toujours suivies de vomissemens plus ou moins abondans et qui duraient deux ou trois jours. Du reste, cette dame n'avait jamais eu d'autres maladies. Dénudée de tout moyen d'existence, elle prit le parti de se rendre à Paris au commencement de mars, espérant y trouver un emploi quelconque. Elle fut placée dans une maison comme garde-malade, et c'est après quelques essais de ce genre d'occupation, qu'elle parut se laisser dominer par toutes les passions tristes qui suivent les grands revers de fortune. A la suite de plusieurs nuits passées sans sommeil auprès d'un malade, elle fut saisie, le 20 mars, d'un frisson qui dura cinq heures, et auquel succéda une fièvre assez intense; des vomissemens eurent lieu, et cette femme crut être affectée de sa maladie habituelle. Ces accidens se renouvelèrent chaque jour; mais les frissons revinrent moins violens et plus irréguliers; les vomissemens furent remplacés

par des nausées; enfin, le quatrième jour, la fièvre reparut plus forte et obligea la malade de s'aliter.

État du sujet lors de son entrée à l'hôpital. La face porte l'empreinte de la frayeur et du désespoir; cependant les traits ne sont pas très-altérés; la céphalalgie est violente; les idées n'ont pas de liaison entre elles, les yeux sont fixes et hagards; la langue large, mince et limoneuse sur toute l'étendue de sa face dorsale; les bords et la pointe de cet organe sont très-rouges, sans développement de leurs papilles; la bouche est sèche par momens, la soif très-vive; un sentiment d'amertume sollicite de fréquentes envies de vomir; L'hypochondre droit et l'épigastre sont légèrement sensibles à la pression; constipation depuis trois jours; pouls faible, irrégulier, facile à déprimer; peau sèche et chaude. (Diète, tisane de violette, lavement émollient.) Le 27, le pouls est plus petit, plus agité, plus fréquent (95). Les autres symptômes persistent. (Même prescription.) Le 28, même état, insomnie. Le 29, la pression du ventre paraît déterminer une douleur plus vive entre les côtes et la crête iliaque droites; il y a eu un peu de délire dans la nuit. (Trente sangsues sur l'abdomen; lavement laxatif.) Le soir, la langue se sèche et noircit; une diarrhée abondante remplace la constipation; la figure pâlit, et la prostration, qui était déjà très-prononcée, augmente sensiblement. Le 30, le délire est continu; cependant l'abdomen paraît moins douloureux; le regard est toujours fixe et craintif; les réponses sont lentes et difficiles; la respiration est suspicieuse; la langue se sèche et s'humecte alternativement plusieurs fois dans le jour: cette dame se plaint sans cesse; et, si on lui demande où elle souffre, elle répond qu'elle n'est malade que de faiblesse. Toujours préoccupée par ses chagrins, elle balbutie continuellement. Le 31, le délire est beaucoup plus prononcé; les déjections alvines coulent involontairement. Le 1.^{er} avril, même état. On croit remarquer un peu de sensibilité dans le ventre, et la face paraît un peu plus colorée. La langue est toujours mince et large. (Vingt-quatre sangsues sur l'abdomen, vésicatoires aux cuisses.) Le 2, pouls petit; respi-

ration courte, difficile; toux sèche; faiblesse très-grande, qui paraît tourmenter beaucoup la malade; diarrhée abondante. (Eau de riz, limonade légère.) Dans la nuit, cris plaintifs continuels, délire; pouls extrêmement petit, filiforme; presque insensible. Le 3, la prostration est extrême; les envies de vomir sont plus prononcées, plus fatigantes, et la malade supplie qu'on lui donne de l'eau chaude ou un émétique. Un hoquet, qui avait déjà paru les deux jours précédens, devient opiniâtre; la langue est toujours blanche ou jaunâtre au centre, rouge à la pointe et aux bords; la bouche est très-amère, peu sèche; la soif, modérée; la lèvre inférieure tremble et s'agite convulsivement. A midi, une légère exacerbation survient. (Vésicatoires aux jambes.) Le pouls, qui s'était un peu relevé, redevient plus petit et plus accéléré; les paupières restent entr'ouvertes et les yeux se renversent sous la voûte orbitaire. A minuit, la langue est sèche et rousse, et la diarrhée moindre. Le 4, les envies de vomir sont continuelles; l'adynamie fait des progrès. (On permet de l'eau tiède.) Le soir, toute la face dorsale de la langue est sèche et croûteuse, la peau froide et le pouls bat cent cinquante fois par minute. (Sinapismes aux pieds.) A minuit, toute la bouche, les dents et la langue sont tapissées de croûtes blanchâtres, rousses ou noires. Le 5, même état; la diarrhée est redevenue plus forte. Le 6, abattement complet; stupeur, rêvasseries; météorisme qui augmente le 7. Le 8, la peau se couvre d'une sueur abondante et froide; la lèvre inférieure est toujours dans un état de convulsion; la respiration devient râleuse; les yeux s'éteignent; l'agonie commence à cinq heures du soir, et la mort arrive à neuf.

Nécropsie trente heures après la mort.

Habitude extérieure du cadavre. Stature ordinaire; embonpoint conservé; lividités cadavériques à la face postérieure du tronc et sur l'hypogastre.

Crâne. Les méninges paraissent légèrement injectées. La substance cérébrale est consistante, très-ferme, et semble être un peu

plus colorée que dans l'état habituel ; coupée par tranches , elle offre un aspect granité très-manifeste ; cependant , il n'y a pas de sérosité dans les ventricules , et l'on ne trouve pas d'autres altérations appréciables.

Thorax. Tout est sain dans cette cavité , sauf la membrane muqueuse qui est parsemée de quelques points rouges.

Abdomen. Le péritoine est dans l'état naturel. La membrane interne de l'estomac est d'un rouge cramoisi : elle est épaissie d'une manière sensible ; mais elle conserve sa densité et n'est pas désorganisée. Il en est de même dans le duodénum , qui est rempli par des matières d'un jaune verdâtre , très-fluides. Dans l'intestin grêle , la tunique muqueuse offre alternativement des endroits pâles et d'autres qui sont plus ou moins rouges et évidemment enflammés. D'espaces en espaces , on y découvre des ulcères superficiels , irréguliers , de largeur variable , et dont les bords ne font aucun relief à l'intérieur des intestins ; en un mot , ce sont plutôt des *excoriations* que de véritables solutions de continuité. Plusieurs d'entre eux ont jusqu'à deux pouces de longueur sur quelques lignes de largeur : ils sont tous placés sur les parties les plus rouges de la membrane enflammée. Assez nombreux dans le milieu de l'iléon , ils le sont un peu moins au voisinage du cœcum , mais redeviennent très-multipliés dans le gros intestin où ils présentent absolument les mêmes caractères que dans l'intestin grêle. La grande plaque de *Peyer* se laisse voir près de la valvule de *Bauhin* , quand on a lavé la tunique ; mais elle ne fait aucun relief et ne paraît point malade. En remontant vers les parties supérieures de l'intestin grêle , on reconnaît d'autres plaques qui sont aussi sans altération sensible. Il est impossible de distinguer une seule glande solitaire de *Brunner*. Un ganglion lymphatique placé vis-à-vis du point de l'intestin le plus enflammé , est rouge , gonflé et ramolli. Les autres sont dans l'état normal. La vésicule du fiel est remplie de calculs biliaires , et le foie présente des traces évidentes d'anciennes cicatrices. Le reste n'a rien offert de remarquable.

Quand on a suivi attentivement le développement et la marche des symptômes chez ces deux malades , il nous semble qu'on a dû saisir les différences essentielles qui séparent ces deux affections ; on a dû voir aussi que les lésions pathologiques observées dans les deux cadavres sont loin d'être les mêmes. Et ici , qu'on ne vienne pas nous opposer que cela tient à une simple différence de degré , que ce n'est qu'une circonstance éventuelle et sans valeur. En effet , il est évident que , sur le sujet de la deuxième observation , l'inflammation érysipélateuse de la tunique interne gastro-intestinale était portée très-loin : et cependant nous n'avons pu y constater un état anormal des glandes de *Peyer* et de *Brunner* ; tandis que chez le sujet de la première , nous avons trouvé la phlegmasie furonculaire très-développée , quoique les intestins n'aient pas présenté de signes de phlogose diffuse ou en nappes ; mais , en revanche , la membrane muqueuse , dans le premier cas , était superficiellement ulcérée , comme usée par l'inflammation dans beaucoup de points , et sans distinction d'élémens ou d'organes. Au reste , ces deux faits ne sont donnés que comme modèles , et nous pourrions en rapporter beaucoup d'autres , qui ne seraient pas moins propres à fixer la ligne de démarcation , qui doit exister entre la gastro-entérite érysipélateuse et l'entérite pustuleuse. Cependant , comme le sujet dont nous venons de tracer l'histoire morbide était plus âgé que l'autre , et qu'on pourrait bien contester l'exactitude de la comparaison à cause des circonstances particulières dans lesquelles il se trouvait , nous allons relater un second cas de gastro-entérite , portant spécialement sur le gros intestin.

III.^e OBSERVATION.

Entéro-colite.

Sévry , âgé de vingt-trois ans , d'une constitution sanguine , forte , et d'une stature moyenne , entra à l'hospice de l'Ecole de Médecine le 15 février 1824.

Signes commémoratifs. Quinze jours auparavant, il ressentit dans la région hypogastrique des douleurs assez vives qui lui firent craindre une rétention d'urine, maladie dont son père était depuis long-temps affecté. Au bout de huit jours, le ventre se météorisa et devint sensible sur les côtés ; vingt sangsues furent appliquées à l'endroit douloureux ; les souffrances cessèrent et parurent se transporter dans les talons où elles tourmentèrent vivement le malade. Un médecin fut appelé et trouva les pommettes colorées, le pouls grand, onduleux, comme double et fréquent, les mouvemens du cœur violens, la respiration laborieuse et les flancs très-sensibles. On se contenta de faire appliquer des cataplasmes sur l'abdomen, et de prescrire pour le lendemain des frictions avec un liniment camphré. Le mal faisant des progrès, on transporta Sévry à l'hôpital, en lui faisant croire qu'on le conduisait dans une maison de santé. Il était alors au quatorzième jour de la maladie ; voici les symptômes qu'il présenta : le ventre est tendu, douloureux sur les côtés, la peau chaude sans être très-sèche ; les yeux sont clairs, vifs ; le malade a l'air très-gai, quoique souffrant beaucoup ; la bouche est sèche, la respiration gênée, le pouls grand et onduleux ; les douleurs des pieds ont disparu. (Potion avec le sirop diacode ; sinapismes aux pieds, lavement émollient) ; nuit assez calme. La maladie reste stationnaire jusqu'au dix-huitième jour ; alors, les douleurs des lombes deviennent beaucoup plus vives ; la face est plus animée ; il n'y a pas de diarrhée. (Liniment calmant ; lavement, même potion.) Dans la nuit, le malade est mieux. Le dix-neuvième jour, respiration pénible et courte ; pouls plein et double ; épigastre douloureux. (Vingt sangsues sur cette région.) Le vingtième jour, toux fréquente ; régurgitations ; pouls grand, très-souple, et très-remarquable en ce que l'artère semble contenir de l'air en circulation. (On ajoute quelques gouttes d'eau de laurier-cerise à la potion). Le vingt-unième, ventre toujours tendu, mais peu douloureux ; pouls meilleur ; la langue est sèche ; la toux continue, et des crachats muqueux, jaunâtres, sont rendus en assez grande quantité. (Quinze

sangsues au bas du sternum ; pédiluves sinapisés ; même potion.) Le vingt-deuxième , le ventre s'assouplit ; sueurs abondantes et chaude ; urines très-rouges ; la constipation est opiniâtre. (Lave-ment avec la décoction de bettes.) Le vingt-troisième et le vingt-quatrième , même état. Le vingt-cinquième , la toux est plus fréquente , la peau sèche ; les urines sont rares , épaisses et rouges ; il n'y a pas de sommeil ; le malade a eu une selle abondante de matières noires et fétides ; (pilules d'opium , potion avec le sirop de pavot blanc) ; nuit meilleure. Le vingt-sixième , le sujet est mieux ; la toux seule le fatigue. Cet état se maintient jusqu'au trente-unième jour. Alors les douleurs reparaissent dans les membres ; une sueur copieuse a lieu dans la nuit ; une escharre se manifeste au sacrum ; le pouls présente le caractère indiqué au vingtième ; insomnie. (Pilules d'opium , potion avec la digitale.) Le trente-deuxième , figure fatiguée ; toux continuelle ; à la percussion , la poitrine est très-souore ; le stéthoscope donne la perception d'un râle muqueux très-prononcé ; des douleurs vagues se font sentir dans le côté gauche du thorax ; le pouls est petit contre son ordinaire. (Quinze sangsues *loco dolenti*.) Rien de particulier jusqu'au trente-septième. Dès ce moment , le pouls devient vite , fréquent , irrégulier ; le délire , qui n'avait paru que par momens depuis huit jours , est continu ; douleurs dans toute la poitrine ; diarrhée. (Vésicatoires volans sur le thorax , eau de riz.) Le trente-huitième , le délire est plus fort , la face égarée ; les pommettes sont très-rouges , et la fièvre est fort intense. Le trente-neuvième , rémission des symptômes jusqu'à deux heures après-midi. Dans la soirée , sueurs abondantes ; délire , respiration courte , accélérée ; pouls serré , dur. Le quarantième , toux plus fréquente encore ; crachats abondans ; yeux hagards ; il y a de la dyspnée ; le malade cherche à se lever ; des régurgitations continuelles le fatiguent beaucoup ; nuit très-mauvaise ; deux selles peu abondantes. Le quarante-unième , yeux fixes , sueur froide , aphonie ; le pouls faiblit ; le râle survient , et le malade succombe à trois heures du soir.

Nécropsie dix-huit heures après la mort.

Extérieur du cadavre. Maigreur assez prononcée ; muscles saillans néanmoins ; roideur cadavérique très-marquée ; chairs fermes ; lividités cadavériques en petit nombre.

Crâne. Les méninges sont injectées sans être ni opaques ni épaissies ; la pulpe cérébrale est de consistance naturelle , et n'offre pas de lésions appréciables. Tous les ventricules contiennent à peu près une cuillerée de sérosité.

Thorax. Le cœur adhère au péricarde dans presque toute son étendue ; mais ces adhérences sont organisées , sèches et très-anciennes , selon toutes les apparences. Cet organe , du reste , ne présente ni dilatation de ses cavités , ni épaississement de ses parois. Les poumons adhèrent aussi et de la même manière à l'enveloppe du cœur , ainsi qu'aux parois thoraciques ; ils renferment , en outre , quelques foyers purulens. La membrane muqueuse bronchique , est rouge et couverte d'une couche épaisse de mucus puriforme. Les ganglions bronchiques ne sont pas altérés.

Abdomen. Le péritoine est sain ; les intestins sont distendus par une assez grande quantité de gaz ; les ganglions lymphatiques ne sont ni rouges ni gonflés ; enfin , au premier coup d'œil , tout paraît être dans l'état sain. Mais , si l'on divise le tube digestif , on aperçoit bientôt des lésions très-graves. La membrane muqueuse de l'estomac présente plusieurs arborisations rougeâtres ou livides , qui paraissent être dépendantes de l'hypostase ; du moins , ces radiures colorées correspondent aux principaux troncs vasculaires ; et , dans leurs intervalles , la tunique villeuse est pâle ou légèrement rosée , en même temps qu'elle conserve la consistance et les autres caractères de son état normal. Dans le duodénum , on aperçoit , vers le milieu , une plaque très-rouge , pointillée , dans le centre de laquelle existe un ulcère superficiel , à circonférence frangée , irrégulière , et d'environ six lignes de diamètre. Quelques légères excoriations se remarquent encore de

loin en loin en descendant jusqu'au cœcum. Dans le gros intestin, l'inflammation est intense ; la membrane muqueuse est d'un rouge-vif dans une foule de points ; dans quelques endroits, elle est boursofflée, fongueuse, et, dans d'autres, couverte d'ulcérations surmontées de végétations analogues aux bourgeons celluloux qui sont quelquefois saillie à la surface des ulcères de la peau. On voit, en outre, d'autres solutions de continuité qui ont détruit en partie ou en totalité la membrane interne. Leur forme est irrégulière ; les unes sont très-larges, d'autres très-petites : celles-ci sont allongées, comme serpigineuses ; celles-là sont plus ou moins arrondies, et se remarquent surtout dans le colon ascendant et dans le colon transverse. Aucune d'elles n'est taillée à pic ; leurs bords sont minces et se confondent insensiblement avec les portions de membrane non désorganisées. Nulle part la tunique musculuse n'est détruite. Il est impossible de distinguer les glandes de *Peyer* et de *Brunner* soit dans l'intestin grêle, soit dans le gros intestin. Dans le rectum, on voit encore quelques ulcérations ; mais on n'y trouve plus cette rougeur si intense, et ces végétations si nombreuses dans le colon ascendant. Le foie, la rate et les autres viscères abdominaux sont sains.

Les articulations du rachis et toutes les parties qui entrent dans la composition des membres abdominaux, examinées avec soin, n'ont offert aucune lésion sensible.

Cette observation nous semble prouver d'une manière palpable, que la phlegmasie simple ou érysipélateuse de la membrane muqueuse intestinale est une affection différente de la dothinentérie ; elle prouve encore, comme dans le cas précédent, que l'examen des symptômes fournit des résultats très-opposés dans ces deux maladies. Ainsi, relativement à la première assertion, en admettant que l'inflammation pustuleuse ne soit qu'une variété de la gastro-entérite, on sera forcé de convenir qu'ici cette dernière a été assez grave et qu'elle a persisté assez de temps pour produire l'altération glandulaire ; et cependant les glandes n'étaient aucunement malades. En

second lieu , on a dû être frappé de la discordance symptomatologique des deux affections. Dans l'entéro-colite , la langue n'avait point ce caractère spécial et distinctif d'être mince , triangulaire , lancéolée , rouge à la pointe et aux bords , et couverte supérieurement d'un enduit quelconque. Si nous l'avons vue resserrée sur elle-même et légèrement rouge , elle était en même temps épaissie , et sa rougeur était éparse sur presque toute sa surface , sans développement de ses papilles. Encore l'état de la langue a-t-il pu être modifié par l'affection pulmonaire dont on a pu suivre le développement. La diarrhée n'est survenue que très-tard , et lorsque déjà des douleurs violentes dans le flanc droit et même dans tout le ventre , et le météorisme avaient dû faire soupçonner l'existence d'une phlegmasie aiguë ; mais alors il n'y avait point de stupeur , point d'adynamie , ni aucun autre signe de dothinentérie. Enfin , si le délire et tous les autres phénomènes ataxo-adynamiques ont fini par se montrer , ils sont survenus comme on le remarque à la suite de toutes les maladies graves , et qui ont duré un certain laps de temps.

En somme , puisque chez ces trois sujets , la maladie s'est développée avec une égale rapidité , et qu'elle a marché avec des symptômes très-divers chez chacun d'eux ; puisqu'elle s'est terminée chez tous trois d'une manière funeste , et que l'anatomie pathologique a démontré , d'une part , l'altération presque exclusive des glandes de *Peyer* , et de l'autre , des lésions fixées sans doute dans d'autres éléments de la tunique muqueuse gastro-intestinale , nous nous croyons en droit de conclure que la première de ces phlegmasies n'est point un simple degré de la gastro-entérite , et qu'il existe entre ces affections une dissimilitude incontestable.

Jusque là , nous avons trouvé des lésions appréciables auxquelles nous avons pu rapporter tous les phénomènes observés pendant la vie ; mais il est aussi des cas qui peuvent présenter la plupart des symptômes que nous avons énumérés dans ces deux dernières observations , et qui , si les sujets succombent , laissent le médecin dans un étrange embarras quand il s'agit de déterminer le siège du mal.

Nous pourrions emprunter plusieurs faits de ce genre à M. *Brétonneau* ; mais nous nous contenterons d'en citer un seul , dont nous avons nous-même recueilli les détails.

IV.^e OBSERVATION.

Fièvre bilieuse et ataxique (PINEL) ; gastro-entérite (BROUSSAIS).

Félicie, âgée de vingt-six ans, forte et se portant habituellement bien ; d'un embonpoint assez considérable ; ayant la peau fine, les cavités pelvienne et thoracique très-amples , mais les chairs un peu mollasses ; tourmentée depuis plusieurs années par des chagrins concentrés , fut prise de lassitudes dans les membres et d'envies de vomir le 27 janvier 1825. Ces nausées, qui provoquèrent de longs et pénibles efforts, ne firent rendre qu'un peu de matière verdâtre et muqueuse. Observée à quatre heures du soir, la figure exprime la souffrance ; la langue est un peu rouge à son pourtour, blanchâtre sur sa face dorsale, plate et très-mobile ; la soif est vive, l'appétit nul, et l'épigastre douloureux à la pression ; mais la malade accuse surtout des souffrances atroces dans la région lombaire gauche ; le pouls est fréquent et un peu plus fort que dans l'état naturel ; la température de la peau est augmentée. La respiration et l'intelligence sont libres. (Vingt-cinq sangsues au siège ; tisane acidulée ; lavement émollient ; diète.) Le 28, il y a de la céphalalgie ; les membres sont comme brisés ; constipation qui dure depuis trois jours ; envies de vomir continuelles ; les efforts que fait la malade la fatiguent considérablement. La langue s'est couverte d'un enduit blanchâtre ou légèrement jaunâtre, un peu plus épais vers son milieu, et qui s'étend jusque sur ses bords et à sa pointe ; l'hypogastre est très-sensible. (Infusion de tilleul aromatisée ; diète, lavement.) Dans la soirée un second médecin est appelé. (Douze sangsues aux malléoles.) Le 29, les efforts de vomissement sont plus prononcés que la veille ; quelques gouttes de sang sont rendues par le nez ; la face est très-animée ; les douleurs

persistent dans l'abdomen ; le pouls est plein et dur. (Trente sangsues à l'épigastre ; boisson acidulée.) Le 30 les sangsues ont tiré beaucoup de sang ; la nuit a été fort agitée et sans sommeil ; la malade était dans un état de rêvasserie continuelle , et se croyait poursuivie par des fantômes qui en voulaient à sa vie ; ce matin , elle est assez calme et se trouve assez bien ; les envies de vomir ont cessé ; la langue cependant est redevenue légèrement rouge à son pourtour , et elle commence à se noircir et à se dessécher vers sa base. Quelques matières fécales n'ont été rendues jusqu'ici qu'à force de lavemens. Dans la soirée , l'hypogastre est plus douloureux ; l'agitation renaît ; dans la nuit , il y a du délire. Le 31 , au matin , la bouche reste entr'ouverte et les paupières sont à demi-fermées ; les yeux sont hagards , la respiration bruyante , sans être fréquente ; les envies de vomir ont reparu et reviennent toutes les dix minutes ; la malade demande de l'émétique avec instance ; la pression du ventre paraît produire moins de douleur ; le pouls est petit et fréquent ; il y a du délire par momens. (Potion calmante ; sinapismes aux jambes ; limonade.) Le 1.^{er} février , M. *Velpéau* est appelé ; le délire est presque continu ; les bronches et le larynx paraissent embarrassés par des matières glaireuses qui excitent une toux trop légère pour en déterminer l'expectoration ; la langue est légèrement noire à sa partie moyenne sans être très-sèche ; elle est humide et blanchâtre sur les côtés ; les lèvres sont pâles ; les dents se salissent ; soubresauts des tendons de l'avant-bras ; pouls très-fréquent , vibrant ; peau très-chaude et sèche ; ventre très-sensible au toucher : cependant il n'est pas météorisé , et une pression plus forte augmente peu la douleur. (Trente sangsues à l'épigastre , julep calmant ; vésicatoires aux mollets.) Le soir , à huit heures , les envies de vomir n'ont pas diminué ; le délire persiste , quoiqu'en parlant à la malade elle revienne promptement à la raison ; elle se plaint de nouveau que les douleurs sont plus vives dans le flanc droit. (Sinapismes aux pieds.) Le 2 , au matin , tous les symptômes sont aggravés ; la douleur du flanc droit est extrêmement forte , et fait jeter les hauts cris au sujet dès qu'on y porte la main.

(Trente sangsues sur cette partie.) Le soir, à sept heures, le délire a cessé ; la malade reconnaît toutes les personnes qui l'entourent et s'entretient avec elles ; mais les yeux se renversent de momens en momens sous la voûte de l'orbite ; la bouche reste entr'ouverte ; la langue est blanche, large et mince ; la respiration est bruyante et accélérée ; la peau prend une teinte jaunâtre et luisante ; les membres sont froids et le pouls presque imperceptible. L'abattement et la prostration sont extrêmes. (Quinquina 3vj, en lavement qui est rendu presque immédiatement. — Camphre gr. ij, nitrate de potasse gr. iv, sont prescrits pour être pris de deux heures en deux heures.) A neuf heures tous les accidens continuent de faire des progrès. (Deux larges vésicatoires aux cuisses.) A dix heures, le pouls est insensible. L'agonie semble commencer ; cependant on tente l'administration d'un nouveau lavement de kina ; enfin, à onze heures, la malade dit que son heure dernière est arrivée, et succombe une demi-heure après.

Nécropsie treize heures après la mort.

Habitude extérieure du cadavre. Pâleur générale, nuancée d'une teinte légèrement jaunâtre ; l'embonpoint s'est conservé ; roideur cadavérique peu prononcée.

Crâne. Les membranes ont leur transparence naturelle ; il n'existe aucune injection évidente. On examine long-temps la surface du cerveau avant de reconnaître si elle est plus rouge que dans l'état ordinaire ; en somme elle paraît moins colorée que chez beaucoup de sujets qui ont succombé à des maladies tout-à-fait étrangères à l'appareil encéphalique. Sa consistance n'est ni augmentée, ni diminuée ; les ventricules ne renferment guère qu'une cuillerée de sérosité limpide.

Thorax. Les poumons sont gris, pâles, sans adhérence, très-souples et parfaitement crépitans ; pas de sérosité épanchée dans les plèvres. Le cœur a le volume du poing du sujet, et n'est aucunement altéré.

Abdomen. A l'ouverture de cette cavité, tout est d'une pâleur remarquable; aucun vaisseau n'est engorgé; les épiploons et le mésentère sont chargés de graisse; les ganglions lymphatiques ne sont ni gonflés, ni rouges, ni ramollis. Les parois du tube alimentaire sont peu épaisses, et le canal est légèrement distendu par des gaz. A l'intérieur, l'estomac est pâle dans toute son étendue, excepté vers sa grande courbure, où l'on remarque une petite tache très-légèrement rosée dans le point le plus déclive; la membrane muqueuse n'est altérée ni dans son épaisseur, ni dans sa consistance, ni dans sa transparence; en un mot, elle paraît tout-à-fait saine. L'intestin grêle renferme une certaine quantité de matières d'un gris-jaunâtre, composées de mucus et de bile bien liés, et telles qu'on les remarque chez les individus dont les viscères sont restés intacts. Quelque fortes que fussent la prévention et l'opinion qu'on s'était formée sur la nature de cette maladie d'après la marche des symptômes, on ne put parvenir à découvrir aucune apparence de lésion sur la tunique interne des intestins. Les valvules conniventes présentaient tous les caractères de l'état normal. Le gros intestin contient encore un demi-verre environ de la matière donnée en lavement quelques heures avant la mort; cette matière s'est élevée jusqu'à l's iliaque du colon, et au-dessous d'elle la tunique villeuse est aussi pâle que dans l'intestin grêle; ses autres caractères ne sont pas plus changés. Une assez grande quantité de *feces* moulés, comme dans l'état de santé, se trouvent accumulés dans le rectum; enfin, il est impossible de rencontrer la moindre altération dans le cœcum et dans les colons ascendant, transverse et gauche. Le foie et la rate sont dans l'état naturel; la vésicule biliaire est distendue par une assez grande quantité de bile pâle et glaireuse. Dans les reins, la vessie et la matrice, rien de particulier.

De quelque manière qu'on envisage cette observation, elle nous paraît remarquable sous plusieurs rapports: en effet, d'après les symptômes observés pendant la vie, ne devait-on pas s'attendre à trouver les traces d'une gastrite ou d'une colite intense, et même

celles d'une méningite consécutive assez prononcée ? Cependant un examen attentif n'a rien fait découvrir ; nous avons vu que le canal alimentaire et l'encéphale paraissaient dans un état de parfaite intégrité. Dira-t-on que les lésions qui existaient ont disparu au moment de la mort ou immédiatement après ? Mais cette explication, vraie quelquefois, nous semble être sans valeur pour le présent cas ; une phlegmasie qui dure depuis douze jours, et qui est assez intense pour donner lieu à des symptômes aussi graves, doit assurément laisser des indices moins fugaces de son existence. D'ailleurs, peut-on admettre qu'une inflammation aiguë des surfaces muqueuses puisse persister quelque temps, sans altérer la membrane qui en est le siège ; et ne doit-on pas rencontrer à l'ouverture du cadavre des changemens soit dans la coloration, soit dans la consistance, soit dans l'épaisseur, soit enfin dans la transparence de ces tissus ? En outre, il est un aspect particulier, difficile à décrire, mais facile à reconnaître dès qu'on l'a observé une fois, et qui indique l'état sain des intestins ; or, cet aspect existait chez le sujet dont il s'agit. Quant à l'encéphale, il ne rend pas mieux compte des symptômes et de la mort que les intestins ; en effet, nulle lésion appréciable dans les méninges ni dans le cerveau. Au reste, on a pu voir que le délire ne s'est présenté que dans les derniers jours, qu'il n'a jamais été violent, et n'a existé que par momens ; que dans les intervalles, l'intelligence était saine, et que la malade a toujours accusé l'abdomen comme siège de ses souffrances. Mais, enfin, où irons-nous chercher la cause d'une maladie aussi grave et d'une terminaison aussi funeste ? Si cette femme eût été observée par un des médecins qui n'admettent pas qu'une phlegmasie gastro-intestinale puisse produire la forme ataxique des fièvres ; si nous n'avions pas, ainsi que M. *Velpeau*, prononcé pendant la vie, que la cause du mal résidait particulièrement dans l'abdomen, on pourrait peut-être nous accuser d'avoir laissé passer inaperçues quelques traces de phlogose, et d'avoir exagéré les caractères qui constataient l'état sain des organes. Mais le desir bien naturel de justifier notre

diagnostic, le chagrin de nous voir rejetés dans cette espèce de vague, que supportent si difficilement les jeunes médecins relativement au siège des maladies, et enfin la conviction où nous étions sur l'invariabilité de la doctrine physiologique sous ce rapport, suffiront pour faire croire que nous n'avons négligé aucune des particularités propres à confirmer notre opinion. Y aurait-il donc encore des fièvres essentielles ou sans siège déterminé? Ce cas, s'il était unique, mériterait peu d'attention; mais il faut le confesser, il n'est pas très-rare de rencontrer de pareils faits, dans lesquels l'anatomie pathologique reste muette à l'ouverture des corps. Loin, bien loin de nous de prétendre que ces maladies n'aient pas de causes matérielles; seulement, nous avançons que le siège de toutes nos affections n'est pas encore exactement connu, et qu'il existe surtout des pyrexies dont la cause est loin d'être dévoilée, soit que cela tienne à l'imperfection de nos moyens d'investigation ou à d'autres raisons cachées. Espérons que les progrès ultérieurs de l'anatomie morbide, qui a déjà éclairci tant de points obscurs, parviendra aussi à la solution de ces problèmes. D'un autre côté, si les envies de vomir, et les douleurs abdominales tant épigastriques que lombaires et hypogastriques, dépendaient d'une inflammation de l'estomac, des intestins grêles ou des colons, pourquoi ces accidens se sont-ils aggravés si rapidement et d'une manière si inquiétante sous l'influence du traitement antiphlogistique le plus pur, le plus énergique, et appliqué dès le principe? Le sujet était jeune, fort et jouissait habituellement d'une bonne santé. On ne pourrait vaincre cette difficulté qu'en admettant une inflammation extrêmement intense. Mais une inflammation très-grave, qui devrait occuper toute la longueur du canal alimentaire, qui a duré douze jours, peut-elle ne pas laisser le plus léger vestige de son passage treize heures après la mort?... *ne s'agit-il pas d'une*

Nous n'avons autant insisté sur ces faits que parce que nous avons besoin de prouver, d'une part, que la dothinentérie n'est point une simple

gastro-entérite ni aucun de ses degrés ; de l'autre , que la gastro-entérite, bien que produisant plusieurs phénomènes qu'on pourrait confondre avec ceux de la phlegmasie pustuleuse, ne les présente cependant jamais tous ; enfin, que non-seulement les symptômes ataxiques ou adynamiques peuvent dépendre de la lésion de tout autre organe , aussi bien que de celle du tube digestif, mais qu'en outre ils peuvent quelquefois exister sans qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de leur assigner un point de départ primitif.

§. V.

Étiologie.

Beaucoup de médecins penseront , et cette objection a déjà été faite , que l'inflammation furonculaire des intestins ne diffère de la gastro-entérite que par le degré ou la forme ; qu'elle n'en est qu'une nuance, une modification accidentelle, dont il n'est pas plus important de tenir compte dans cette maladie , qu'il n'est utile, dans un érysipèle intense, d'établir une distinction entre celui qui s'accompagne de phlyctènes arrondies et circonscrites , et celui qui se couvre d'ampoules aplaties. Mais , si l'on réfléchit à la marche des symptômes , à la forme constante des lésions , au siège précis qu'elles occupent et à l'état des parties qui les entourent , cette objection spécieuse restera sans valeur. Qu'on examine avec attention ce qui existait dans les cadavres de la deuxième et de la troisième observation ; que l'on compare les lésions qu'on y a rencontrées avec celles du premier sujet , et l'on verra s'il n'y a là qu'une simple différence de forme , qu'une variété éventuelle. Peut-on dire que les furoncles de la peau ne sont qu'une terminaison de l'érysipèle ; n'y a-t-il pas entre cette dernière phlegmasie , le phlegmon , les pustules folliculaires , etc. , disparité de siège , de marche , de nature aussi bien que de forme ? Or , si l'on a bien suivi ce que nous avons dit de l'in-

inflammation furonculaire intestinale , on a pu se convaincre qu'elle se comportait à peu près de la même manière que celle qui constitue les furoncles du tégument externe. Ainsi d'abord , gonflement des glandes ; puis , après un nombre de jours à peu près déterminé , amincissement , usure , destruction même de l'enveloppe muqueuse qui les recouvre ; bientôt , on aperçoit une masse de tissu nécrosé , un bourbillon qui ne perd que peu à peu ses adhérences , et dont la chute laisse à découvert un ulcère régulier , profond , taillé à pic , et dont la cicatrisation doit être difficile , vu le point de l'organisme dans lequel il est situé. Trouve-t-on rien d'analogue dans une phlegmasie diffuse , érysipélateuse , phlegmoneuse , etc. , de la membrane interne des intestins ? Si , dans un point de cette tunique fortement phlogosé , depuis plus ou moins long-temps , on rencontrait un ou plusieurs de ces boutons et de ces ulcères particuliers , il n'y aurait là rien d'extraordinaire ; car on conçoit que les follicules ou les glandules des surfaces muqueuses puissent s'enflammer et s'ulcérer en même temps que leurs autres élémens : mais , dans l'exanthème interne , ces organes sont seuls affectés ; ils grossissent , se déchirent et parcourent toutes les périodes de leur désorganisation , sans que la tunique villeuse soit pour ainsi dire malade. Si seulement l'inflammation était plus intense sur les corps glanduleux qu'à leur pourtour , on pourrait dire que , recevant plus de vaisseaux , plus de nerfs , jouissant en un mot d'une vie plus active , il n'est pas étonnant qu'ils s'altèrent plus fortement que les autres points ; mais cette explication ne saurait prévaloir. En effet , il ne s'agit pas d'érysipèles partiels qui se terminent par un point central d'ulcération ; ce sont , au contraire , de petits foyers d'irritation , qui suivent leurs phases sans s'étendre le plus souvent , quoique , dans certains cas , ils puissent transmettre l'inflammation aux parties voisines et donner lieu à un véritable érysipèle dans les intestins. Toutes les fois d'ailleurs qu'une phlegmasie ordinaire se termine par ulcération , celle-ci présente des formes très-variables si elle est quelquefois

précédée d'une phlyctène ; dans d'autres cas, ce n'est qu'une simple excoriation, ou bien un bouton plus ou moins solide. Dans la dothinentérie, au contraire, toujours la même forme de lésion, toujours la même marche, à peu près la même durée, et les mêmes espèces de terminaisons ; il y a donc là autre chose qu'une gastro-entérite simple.

Maintenant, cette altération de la membrane muqueuse des intestins est-elle la cause des troubles fonctionnels que nous avons signalés, ou bien n'en serait-elle qu'un effet ou une complication ? Voilà, sans contredit, le point le plus délicat de la grande question des fièvres essentielles. Si la phlegmasie existait à la peau, il serait plus facile de saisir la vérité ; mais, dans la profondeur de nos organes, quelle lésion a paru d'abord ?... *Hic opus, hic labor est.* Comme l'inflammation furonculaire n'entraîne jamais la mort dans les premiers jours de son développement, on ne peut examiner alors les caractères anatomiques, à moins toutefois que d'autres accidens n'enlèvent les sujets à cet époque. Cependant, M. Brétonneau et ses élèves ont eu l'occasion d'observer les pustules intestinales dès le quatrième et le cinquième jours ; ils en ont vu ensuite au sixième, au huitième, au dixième jour ; et, à partir de ce moment, il n'est que trop facile de pouvoir en suivre les périodes jusqu'au trentième, au quarantième et même au soixantième. Or, dans tous ces cas, l'éruption était manifeste ; au cinquième, au sixième jour, au septième, au huitième même, il n'y avait pas un ulcère, mais seulement des boutons qui étaient moins développés dans le premier cas que dans le second, dans le second que dans le troisième, enfin, dont le volume était en rapport avec le degré d'ancienneté de l'affection ; ils étaient durs, rouges, non encore désorganisés, tandis que, plus tard, ils se détruisent, de telle sorte qu'au quinzième jour on ne manque jamais de trouver dans les intestins un mélange de pustules et d'ulcères. D'après ces données, si cette éruption était un effet, et non la cause des phénomènes fébriles, du moins serait-on forcé d'admettre qu'elle se montre dès les premiers jours du mouvement pathologique général. Pour nous,

nous avons la conviction que l'exanthème est la cause matérielle du mal. Seulement nous accorderons, que cet exanthème lui-même est produit par une autre cause qui a pu déterminer avant son apparition une réaction générale : c'est un phénomène d'ailleurs qu'on observe journellement dans les phlegmasies éruptives, et même dans presque toutes les maladies inflammatoires. Mais ce n'est pas ainsi que la question doit être conçue : il s'agit de savoir si c'est l'éruption boutonneuse qui constitue la maladie et ses dangers, ou bien si elle n'est pas simplement une efflorescence critique des intestins. D'abord, il convient d'établir une distinction entre les phlegmasies exanthématiques que l'on peut, jusqu'à un certain point, regarder comme des crises, et les autres dépôts qui terminent quelquefois les maladies. Ainsi, qu'à la suite d'une fièvre éphémère ou autre il se forme des élevures et des croûtes sur les lèvres, cette éruption en général *juge* la maladie; qu'après une fièvre plus ou moins intense, au contraire, des boutons varioliques se développent sur la peau, les phénomènes fébriles cesseront le plus souvent, mais la maladie n'en persistera pas moins et parcourra également toutes ses périodes, en reproduisant à son tour une fièvre secondaire plus ou moins intense. Certainement, il n'existera pour personne la moindre analogie entre le premier de ces deux cas et la dothinentérie; mais, qu'on rapproche cette dernière affection de la variole, alors la comparaison pourra être soutenue avec beaucoup d'avantage. En effet, en mettant de côté le point de départ de l'éruption dothinentérique, on voit cette maladie, ainsi que la petite vérole, parcourir régulièrement ses périodes; et l'observation attentive de plusieurs centaines d'individus a prouvé à M. Brétonneau que la régularité de sa marche était presque aussi précise que celle des exanthèmes spécifiques de la peau. Notons cependant que des différences tranchées séparent ces divers genres d'affections. Ainsi nous avons déjà dit que l'éruption furonculaire, si elle ne précède pas les symptômes généraux, naît, au moins, en même temps qu'eux, puisque dès le quatrième jour, les pustules font déjà un relief assez considérable sur la surface muqueuse; ce qui n'a

point lieu dans la variole. D'un autre côté, les boutons de cette dernière semblent avoir pour but la formation d'une petite quantité de pus, tandis que les petits furoncles intestinaux désorganisent et détruisent même, quand leur marche n'est pas arrêtée, les tissus qui entrent dans la composition des organes affectés. Comment pourrait-on admettre comme effet d'une maladie antérieure, une lésion dont la marche paraît être si bien déterminée et si constamment la même? N'est-on pas frappé au premier coup-d'œil, de la liaison intime qui existe entre le développement des symptômes et l'altération pathologique? si les boutons sont peu nombreux, s'ils ne passent point à la désorganisation, si en un mot ils entrent en résolution, la fièvre est bénigne et se termine heureusement dans le cours du second septénaire. Les pustules sont elles très-multipliées au contraire, la cause première a-t-elle agi avec beaucoup d'énergie, souvent apparaissent les signes de l'ataxie, et si des ulcères surviennent, on voit se développer les caractères putrides ou adynamiques. Enfin, si le malade ne succombe pas et qu'un plus ou moins grand nombre de ces ulcérations persiste, n'a-t-on pas de quoi expliquer ces convalescences si longues, si pénibles, et qui ne permettent au malade d'arriver à un rétablissement parfait qu'après un plus ou moins grand nombre de rechutes? Nous concluons donc que l'exanthème dothinentérique n'est point un effet, mais bien la véritable cause de la fièvre; en admettant toutefois que les premiers troubles fonctionnels sont dus à l'action du principe, quel qu'il soit, qui produit cette singulière phlegmasie avant de s'être fixé sur un point quelconque de l'organisme.

D'après cette proposition, nous soutenons évidemment que la majorité des *fièvres dites muqueuses, bilieuses, adynamiques, ataxiques et typhoïdes*, doivent être localisées; et pourtant nous pourrions aussi soutenir qu'elles sont des *maladies essentielles ou générales*. Mais qu'on nous permette de nous expliquer : cette question tant agitée de nos jours, et qui n'est pas encore entièrement résolue, ne se-

rait-elle point une simple dispute de mots? Par exemple, peut-on contester que la variole, la rougeole, la scarlatine, la varicelle, ne soient des maladies générales avant l'apparition de l'exanthème? Dans les fièvres dites essentielles, n'y a-t-il pas d'abord un état de souffrance de tous les organes, un dérangement de toutes les fonctions? La peau ne subit-elle pas des changemens dans sa température, dans sa souplesse et dans ses autres caractères? n'y a-t-il pas sentiment de douleur dans les membres et dans la tête, en même temps que l'appétit se déränge? Enfin, n'observe-t-on pas un trouble plus ou moins évident dans le cœur, dans les poumons, dans les reins, dans le foie et les autres glandes? Ce trouble fonctionnel général est évident au début, et ce n'est qu'à sa suite qu'un des organes de l'économie finira par devenir plus spécialement malade, et éveillera à son tour des sympathies soit directes, soit plus ou moins éloignées.

Mais quelle est la cause déterminante de l'éruption dothinentérique? est-elle connue? peut-on toujours l'apprécier? Si l'on compulse ce qui a été écrit sur les groupes de symptômes qui se rapportent à cette maladie, on voit qu'on leur a assigné des causes extrêmement nombreuses et très-diverses; mais, des recherches du docteur *Brétonneau*, et de ceux qui ont adopté ses idées, ainsi que de l'examen attentif des faits consignés dans les annales de la science, il résulte que ces causes sont véritablement inconnues. On a cité telle ou telle constitution, l'habitation dans des lieux bas et humides, dans les grandes cités, un régime de mauvaise nature, les passions tristes, l'abus des plaisirs vénériens, les excès dans les *ingesta*, l'usage de viandes décomposées, etc. Vous voyez souvent dans les ouvrages que l'affection s'est développée à la suite d'un repas copieux, ou de l'ingestion d'une grande quantité de liqueurs alcooliques; mais n'est-il pas présumable que ces circonstances ne sont que de simples coïncidences, c'est-à-dire, que leur action arrive à propos pour mettre en jeu ou pour déterminer le développement d'une maladie qui était déjà imminente? On voit d'ailleurs que, dans beaucoup des obser-

vations qu'ils ont relatées , les auteurs avouent que la cause leur a échappé.

C'est entre douze et quarante ans que la dothinentérie paraît se développer principalement ; elle se manifeste rarement chez les très-jeunes sujets , et peut-être , plus rarement encore, chez les vieillards ; et ceci ne paraîtra pas extraordinaire , si l'on réfléchit à la nature de cette phlegmasie. En effet, il semble probable , si non certain , d'après le grand nombre de faits recueillis à Tours , qu'elle n'affecte en général le même individu qu'une seule fois dans sa vie. Or, les exanthèmes cutanés , qui offrent le même caractère , épargnent rarement les sujets jusqu'à ce qu'ils soient parvenus à la vieillesse ; d'un autre côté , de même que ces phlegmasies , l'inflammation furonculaire de l'intestin semble jouir , jusqu'à un certain point et dans des conditions qui ne sont pas encore déterminées , du fâcheux privilège d'être épidémique et contagieuse. D'après ces données , doit-on s'étonner de voir rarement l'homme échapper à ses attaques depuis l'enfance jusqu'à la fin de l'âge mûr ? Si l'on demandait ensuite pourquoi les enfans en sont moins souvent affectés que les adultes , nous répondrions que la scarlatine est plus commune aussi dans la seconde période de la vie que dans la première , et que ce fait , tout inexplicable qu'il est , n'en est pas moins avéré.

Nous avons déjà vu que , par ses formes , sa marche , son siège précis , la dothinentérie différait essentiellement de la gastro-entérite et de toute autre lésion du canal alimentaire ; elle n'en diffère pas moins sous le rapport de sa nature et de ses causes. Que l'on donne des irritans de tout genre à des animaux , qu'on enflamme leurs intestins d'une manière ou d'une autre , on pourra en déterminer l'ulcération , la gangrène , la désorganisation. Qu'un homme avale des poisons , des corps phlogosans , quels qu'ils soient , il pourra se donner une gastrite , une entérite , une colite mortelles ; mais , dans aucun de ces cas , on ne trouvera l'éruption et les autres altérations qui caractérisent en propre la dothinentérie. En un mot , lorsqu'on veut scruter l'origine d'une affection qui sévit à toutes les époques de l'année ,

mais plus souvent dans l'automne et l'hiver que pendant les saisons opposées, qui, par fois sporadique, se déploie dans d'autres circonstances sur un grand nombre d'individus, de manière à constituer des épidémies meurtrières, frappant toutes les constitutions sans distinction d'âge ni de sexe; lorsqu'on veut, disons-nous, scruter l'origine d'une pareille affection, on est forcé d'avouer son impuissance.

Nec me pudet, ut istos, fateri nescire quod nesciam (Cic.).

Toutes les recherches faites jusqu'ici sous ce point de vue, tendent à établir que cette phlegmasie est d'une nature particulière, qu'elle naît enfin sous l'influence d'un agent ou modificateur *spécifique*; mais quelles sont les conditions qui feront admettre qu'une cause est spécifique? « *On ne peut confondre une cause morbifique qui, chez tous les individus à qui elle est transmise, produit une irritation identique dans ses caractères, dans sa marche, etc., avec les autres modificateurs irritans dont les effets, toujours subordonnés à la sensibilité individuelle, à l'intensité de leur action, etc., présentent les modifications les plus nombreuses.* » (Goupil, Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale.)

Si la variole, la vaccine, la scarlatine, la rougeole, etc., sont rangées d'un aveu unanime sous l'empire de ce genre de causes, pourquoi voudrait-on faire une exception à l'égard d'une maladie dont les caractères, la marche, etc., sont si identiques et si réguliers? Mais cet agent spécifique sera-t-il de la même nature que celui des exanthèmes cutanés? N'en serait-il qu'une modification, ou bien en serait-il tout-à-fait distinct? Nous ne croyons pas qu'on puisse regarder cette cause comme semblable à celle qui produit la petite vérole. Nous avons déjà vu, en effet, la dissemblance qui existe dans les lésions physiques des deux maladies; en outre, la variole ne se transforme jamais en dothinentérie, ni cette dernière en variole; il peut bien seulement y avoir coexistence de ces deux exanthèmes. Faisons remarquer néanmoins, que les auteurs ont rapporté un grand nombre d'observations, dans lesquelles on avait rencontré les pustules

de la petite vérole sur la membrane interne de l'œsophage, de l'estomac et des intestins. Mais on peut soutenir qu'elles étaient loin de présenter la forme et les caractères de la phlegmasie furonculaire; et que, si l'on a cru devoir désigner cette affection sous le nom de *variole interne*, c'est qu'on s'est laissé entraîner par des apparences trompeuses, résultat d'un examen trop peu attentif, ou que l'on n'a pu répéter assez souvent. D'ailleurs la marche de la variole est plus rapide que celle de la dothinentérie; et, quand des pustules varioliques se développent dans le canal alimentaire, elles sont en général d'autant plus nombreuses qu'on se rapproche davantage de la bouche, tandis que les autres paraissent avoir pour centre la valvule iléo-cœcale. Enfin, dans la petite vérole, ces pustules sont dues à l'accumulation de matière purulente entre l'épiderme et le chorion, autour d'un ou de plusieurs follicules sébacés: conséquemment, elles sont molles; et, si elles s'ulcèrent, il en résulte des excoriations plus ou moins profondes. Ici, au contraire, vous observez une altération de tissu beaucoup plus grave, avec tendance à la mortification; les boutons sont durs, et quand l'ulcération survient, on remarque une perte de substance taillée à pic, et qui comprend en général toute l'épaisseur de la membrane. Mais quelle sera donc cette cause? Pourra-t-on apprécier sa nature ou sa manière d'agir? En considérant ce qui se passe dans les épidémies très-graves, on sera sans doute porté à admettre, avec M. le docteur *Brétonneau*, que cette cause, ce principe pénètre dans l'économie ou par la peau au moyen des absorbans, ou par la bouche avec les alimens, ou par les voies respiratoires avec l'air atmosphérique; que c'est, en un mot, un véritable *empoisonnement miasmatique*. S'il est en effet impossible de nier que les exanthèmes spécifiques de la peau ne se développent de cette manière, tout indique qu'il en est de même de la dothinentérie; et, en rapprochant davantage encore cette affection de la variole, ne pourrait-on pas dire, avec M. le docteur *VELPEAU*, que ce principe, ce miasme, si l'on veut, charié avec le sang dans tous les organes, se dépose et agit plus particulièrement sur les glandes de *PEYER* et de

BRUNNER, qui sont des organes sécréteurs destinés à séparer des fluides rouges, quelques-uns des matériaux qui doivent être éliminés ; de même que le virus ou le miasme de la variole paraît se confiner plus spécialement dans les petits corps glanduleux de la surface cutanée?

§. VI.

Prognostic et terminaisons.

En général, cette maladie est moins dangereuse chez les jeunes sujets que chez les adultes ; chez ceux dont la constitution est forte, que chez les individus faibles ou d'une santé habituellement chancelante ; chez les hommes, enfin, que chez les femmes, celles surtout qui ont la peau blanche et fine. Plus grave dans les épidémies que lorsqu'elle sera sporadique, elle sévira encore avec plus d'énergie pendant l'hiver et dans les grandes chaleurs de l'été, qu'en automne et au printemps. On conçoit aussi que la dothinentérie sera d'autant plus dangereuse que l'éruption sera plus abondante, et que le sujet sera plus irritable ou moins disposé à supporter l'action de la cause, quelle qu'elle soit, ce qui explique pourquoi certains malades peuvent succomber, quoique les altérations soient assez légères. Pour juger des dangers ou de l'innocuité de cette phlegmasie, il importe de toujours peser soigneusement ces diverses circonstances et de ne jamais oublier que tel cas qui se présente sous les apparences les plus bénignes n'en est pas moins suivi quelquefois d'une terminaison assez promptement funeste. Cependant lorsque la langue reste humide, sans être très-rouge à la pointe et aux bords ; lorsque la soif est peu vive ; que la fréquence et la largeur du pouls ne sont que peu développées ; que la peau n'est pas très-sèche, la diarrhée très-abondante, et que la stupeur n'est que faiblement caractérisée, on peut en général augurer une issue favorable, si ces symptômes ne s'aggravent pas vers le neuvième ou le douzième jour. Quand même il y aurait un léger délire, que le dévoiement serait

assez fort et tout l'intérieur de la bouche sec et croûteux, si le sujet arrive au dixième jour avec ces signes, et se maintient dans le même état jusqu'au quinzième ou au seizième, il est encore à présumer qu'il guérira. Au reste, les symptômes les plus fâcheux sont : une langue sèche, noire et encroûtée ; un délire continu avec de l'agitation ou accompagné de somnolence et de *coma vigil* ; des évacuations alvines nombreuses, très-liquides, noirâtres, extrêmement fétides ; une peau sèche, chaude, terreuse ; une figure bleuâtre et une prostration très-prononcée : tous ces signes, en effet, annoncent une lésion profonde. La diarrhée abondante indique presque toujours de nombreuses ulcérations, et les matières noires et fétides sont presque constamment dues à l'écoulement de sang qui s'échappe des ulcères par suite de la rupture de petits vaisseaux, et qui se mêle aux autres substances contenues dans les intestins. La sécheresse et l'aspect terreux de la peau, la prostration, la couleur noire et l'état croûteux de la langue, etc., se lient, en grande partie, au transport de matières décomposées dans la circulation générale, soit que ces matériaux agissent en enflammant la tunique interne des vaisseaux (cette idée est depuis long-temps présentée sous forme de doute par les médecins dont nous cherchons à faire connaître la manière de voir) ; soit, au contraire, qu'ils altèrent la composition du sang. Il est certain, en effet, que l'état adynamique, dans cette maladie, ne se montre presque jamais avant l'époque de la formation d'un certain nombre d'ulcères, et que souvent les malades qui étaient restés pendant huit, dix ou douze jours avec la langue humide et les symptômes des fièvres muqueuse, bilieuse, inflammatoire ou ataxique simples, tombent tout-à-coup dans l'adynamie la mieux caractérisée.

Quelque grave qu'ait été la maladie, si, au quinzième, au dix-huitième ou au vingtième jour, on voit paraître une sueur générale et chaude ; si la bouche s'humecte ; si le délire et le dévoiement se modèrent, on peut espérer une heureuse terminaison, quoique cependant on doive s'attendre à une convalescence un peu longue et à des mouvemens de recrudescence qu'il n'est pas toujours possible de prévenir ; attendu qu'à cette époque il reste toujours un certain

nombre d'ulcères dont la cicatrisation est souvent très-difficile. Si au contraire il ne se manifeste aucun auendement, et que plusieurs symptômes continuent de s'aggraver ; si, par exemple, le pouls devient plus petit, plus irrégulier ; si la faiblesse augmente en même temps que la stupeur ; si les croûtes de la langue et de la bouche deviennent de plus en plus épaisses, noires et sèches ; si le ventre se ballonne et que les matières soient rendues involontairement, on est forcé de porter un pronostic très-fâcheux, et il est rare que le sujet ne succombe pas. La mort n'arrive presque jamais avant le douzième ou le quinzième jour ; et, chose remarquable, si elle survient avant cette époque, les sujets périssent ordinairement sans avoir eu la langue ni la bouche noires et encroûtées, sans que le dévoiement ait offert ces matières brunâtres et fétides qu'on rencontre plus tard. Enfin, c'est le groupe de symptômes qui constitue la fièvre ataxique ou maligne des auteurs, qui a prédominé dans ces cas. Ce qui vient fortement à l'appui de l'opinion que nous avons émise plus haut, savoir : que l'adynamie ou putridité des anciens est surtout sous la dépendance d'ulcérations, à la surface desquelles les bouches ouvertes des veines et des lymphatiques puisent des fluides dénaturés, qui sont portés ensuite dans le torrent circulatoire. Dans tous les individus enlevés avant le dixième jour, on ne trouve en effet que des pustules et point d'ulcères, tandis que chez ceux qui ont succombé plus tard, ces derniers existent toujours en nombre plus ou moins considérable. Au reste, la mort peut être le résultat de plusieurs causes : l'intensité de la réaction, l'altération profonde du sang, l'épuisement entraîné par l'abondance des évacuations, l'absence de l'alimentation, sont autant de circonstances qui hâtent ou déterminent la destruction des sujets. Dans d'autres cas, au contraire, les lésions primitives semblent céder et tendre à se guérir ; mais il survient derrière le bassin de larges escharres, qui s'étendent, quoiqu'on fasse, avec une très-grande rapidité, et qui suffisent assez souvent pour produire une terminaison funeste. Quelquefois, un épanchement de sérosité dans les ventricules cérébraux, ou bien la pneumonie, qu'on voit

souvent se développer à la fin du deuxième ou dans le courant du troisième septénaire , viennent précipiter la perte des malades. Il en est de même des perforations intestinales qui peuvent survenir à toutes les époques de l'affection , depuis le dixième jusqu'au soixantième jour. Assez fréquemment, c'est au moment où le sujet va mieux et paraît entrer en convalescence , que se déclare ce terrible accident : tout-à-coup alors on voit se manifester les signes d'une péritonite intense ; et , à l'ouverture du cadavre , on trouve un épanchement assez considérable de matières fécales dans l'abdomen, et l'une des ulcérations intestinales percée dans son centre. De leur côté, les ganglions mésentériques , entrés en suppuration , peuvent aussi exercer sur l'économie une influence délétère. Enfin, la dothinentérie peut passer à l'état chronique , durer un plus ou moins grand nombre de mois , et se terminer également par la mort.

Ayant indiqué dans le §. 2 la marche de la résolution , de la cicatrisation , et les altérations consécutives à la formation des ulcères , nous croyons inutile de nous y arrêter ici ; nous allons aborder l'examen de la thérapeutique.

§. VII.

Traitement.

D'après ce que nous avons dit jusqu'ici , il semble que la médication antiphlogistique soit la seule qu'on puisse rigoureusement appliquer à cette maladie ; et que les vomitifs. les purgatifs et tous les autres moyens irritans , à quelque dose et sous quelque forme qu'on les administre , doivent être sévèrement proscrits. Cependant ces divers agens thérapeutiques ont eu , dans les différens âges de la médecine , de zélés partisans , et des praticiens célèbres ont prétendu en avoir retiré de grands avantages. En effet , qui ne sait que les fièvres putrides ont été traitées tour-à-tour par les évacuans , par les astringens simples , par les fortifiens , les excitans diffusibles

ou permanens , et que chacune de ces méthodes a été préconisée à l'exclusion des autres?

Sans avoir aucune idée précise sur le siège de ces maladies, les médecins humoristes purgeaient, soit par haut, soit par bas, et un plus ou moins grand nombre de fois, tous ceux qui en étaient atteints. Dans l'école des alchimistes et dans celle de *Sylvius*, on vit régner les arcanes et les neutralisans. *Boerhaave*, dont la théorie médicale était une espèce d'amalgame d'humorisme, de chémiatrie et surtout de mécanique et d'hydraulique, proclama les succès de la saignée et des antispasmodiques dans le traitement des fièvres putrides. Dans le cours du même siècle, *Cullen*, et tous ceux qui, comme lui, attribuèrent la plupart de nos maladies à l'état spasmodique des fibrilles organiques et des vaisseaux capillaires, durent mettre nécessairement en usage les stimulans diffusibles et les opiacés. Ces moyens durent s'adjoindre, dans le système de *Brown*, les fortifiants de toute espèce; enfin, les partisans du vitalisme, soit qu'ils aient adopté les idées de *Van-Helmont*, de *Stahl*, de *Barthéz* ou de *Bichat*, nous ont légué des préceptes de thérapeutique en harmonie avec les principes de chacune de ces doctrines.

De nos jours encore, qui pourrait contester, que les fièvres adynamiques ne soient traitées par des méthodes extrêmement variées sur les différens points du continent? bien plus, dans la même ville, rarement voit-on quelques médecins ne pas être en dissidence d'opinion sur ce sujet important. En Allemagne, ces affections ne sont-elles pas combattues à l'aide de substances qui paraissent d'abord avoir la propriété d'en produire de semblables, par *Hahnemann* et les partisans de l'homœopathie, qui se fondent sur cette loi: *Similia similibus curantur*? En Angleterre, où l'empirisme est généralement suivi, tantôt on vante les purgatifs à titre d'évacuans, tantôt le calomel comme fondant, d'autres fois la saignée, ou bien, par un singulier contraste, les excitans toniques, etc. En Italie, où le *contre-stimulisme*, différemment modifié, joue un si grand rôle, le *brownisme* dirige encore un grand nombre de médecins, tandis que d'autres

suivent exclusivement la méthode débilitante. En France, enfin, où la doctrine du célèbre écossais a jeté de si profondes racines, là, le quinquina sous toutes ses formes, le camphre, le nitre, le vin, les aromates et tous les médicamens réputés fortifiants, sont les seuls modificateurs qu'on emploie; ici, on proclame les effets héroïques des évacuans fréquemment répétés, tandis que la nouvelle école bannit tous ces moyens comme incendiaires pour leur substituer le traitement antiphlogistique pur et simple.

Si l'on cherche à s'expliquer la cause de cette discordance dans les opinions d'hommes également recommandables, également instruits, on doit se trouver d'abord dans un grand embarras. Cependant, il semblerait que la dernière méthode thérapeutique dût jouir d'un triomphe complet, dès que l'on démontre que le siège du mal est *dans les intestins*, et que ce mal est une *phlegmasie d'assez longue durée*. Ce point étant admis, en effet, comment comprendre, disent les médecins physiologistes, l'utilité des traitemens stimulans, quels qu'ils soient, lorsque les substances employées doivent nécessairement se porter sur les organes enflammés? Cette objection est la plus forte qu'ils aient élevée; elle a paru si difficile à renverser à leurs adversaires, que ceux-ci jusqu'à présent ont mieux aimé soutenir contre toute évidence, que, dans la plupart des cas, il n'y avait pas de lésion phlegmasique dans les intestins; et, qu'alors même que des altérations étaient rencontrées par eux, elles ne pouvaient être regardées que comme des suites ou des complications, et non pas comme causes; et cela, parce qu'ils pensent avec les premiers que, partout où il y a inflammation, la méthode débilitante est rigoureusement indiquée. Mais cette dernière question, selon nous, est loin d'avoir été suffisamment examinée, et ceux qui ont répondu par l'affirmative, nous paraissent être tombés dans une erreur qui tient manifestement à ce qu'ils ont tout-à-fait négligé la cause efficiente des maladies.

En effet, que doit-on entendre par inflammation? N'est-ce pas un phénomène qui consiste dans l'afflux des fluides, et en particulier des fluides rouges, dans un point de l'organisme, où ils se portent

habituellement en moindre quantité? D'après cette idée, l'indication paraît simple et facile à saisir : il convient d'enlever ces fluides, dans la crainte qu'ils n'altèrent la texture de l'organe sur lequel ils affluent. Mais par quoi ces fluides sont-ils attirés? Pourquoi vont-ils s'accumuler dans une partie contre les lois ordinaires de leur circulation? Voilà ce que le plus souvent on ignore, et c'est pour exprimer cet *inconnu* que l'on a inventé le mot *irritation*. Si l'on demandait maintenant ce que c'est que l'irritation, nous répondrions qu'elle consiste dans l'exaltation des propriétés de l'organe qui en est le siège, et qu'on peut s'en former une idée, en examinant ce qui se passe sur un point de la peau dans lequel une épine a été enfoncée. Hh bien! si nous prenons cet exemple, dans lequel la cause de l'irritation est matérielle et palpable, nous verrons que l'indication première n'est pas toujours de tirer du sang. Dans ce cas, le bon sens seul veut qu'on arrache l'épine, et le mal pourra se terminer là. Or n'est-il pas évident qu'il existe également une *épine* dans toutes les phlegmasies? Sans doute, dans la plupart d'entre elles, nous ne pouvons ni la saisir, ni l'apprécier; mais cette raison suffit-elle pour en nier l'existence? Et ne serait-ce pas alors supposer un effet sans cause, une irritation sans cause irritante? Il est bien vrai que le sang, appelé par le premier *stimulus*, devient à son tour une seconde *épine* dans nos tissus, et que ce qui n'était d'abord qu'un effet devient véritablement une cause. Si par hasard l'agent primitif, quel qu'il soit, est de nature à se détruire avec le temps, de lui-même ou par l'action de nos organes, il est évident qu'en empêchant cette seconde cause de se développer, on aide la nature à se débarrasser de la puissance qui l'opprime; c'est ce que l'on voit, en effet, dans les phlegmons simples, dans les pneumonies, les pleurésies, les péritonites et autres inflammations. Mais on n'agit ici que par une voie détournée, que d'une manière indirecte; et, s'il était possible d'aller directement à l'*épine* imaginaire, comme on peut attaquer une balle ou un clou dans nos tissus extérieurs, il n'est pas douteux qu'on ne parvînt bien plus sûrement, et surtout avec beaucoup plus de rapidité, à guérir

les malades. Quoi qu'il en soit dans l'état actuel de la science, et jusqu'à ce que l'expérience ou l'observation ait fait découvrir le médicament qui jouit de l'heureuse faculté de détruire une maladie donnée, il vaut mieux recourir à ce traitement indirect que de n'en essayer aucun; mais aussi le médecin sage doit chercher sans relâche des moyens plus efficaces, sans quoi, la médecine resterait dans un état perpétuel d'incertitude et d'hésitation. Il est heureusement vrai que le plus grand nombre des lésions pathologiques est susceptible de céder aux efforts seuls de l'organisme, qu'il suffit de ne pas entraver ou de placer dans les meilleures conditions possibles. Mais il en est d'autres qui entraînent presque nécessairement une désorganisation profonde, si l'on ne trouve le moyen de les atteindre directement. C'est ainsi que le croup, l'angine maligne, la peste, etc., conduisent presque toujours à la mort, si l'on se contente de les attaquer par des médications générales; que la syphilis, la gale, la pustule maligne, le charbon, etc., durent pendant un plus ou moins long temps ou se régénèrent sous des formes plus ou moins variées, si l'on n'a pas dirigé contre eux les traitemens qui leur sont propres. Si le caractère inflammatoire de ces maladies est patent pour tout le monde, on conviendra aussi que des applications nombreuses de sangsues ne triomphent pas d'un anthrax, et que la saignée générale ou locale est loin d'être le remède principal dans l'angine maligne.

Or, puisque le traitement antiphlogistique n'est pas toujours applicable, et seul applicable dans les maladies que nous venons d'énumérer; puisqu'il n'est qu'un moyen propre à affaiblir la cause de quelques affections, on doit se garder de prononcer, jusqu'à ce que l'observation ait parlé, que la dothinentérie le réclame par sa nature même. Mais arrivons aux faits.

Lorsque M. Brétonneau eut reconnu en 1812 et 1813, que la plupart des fièvres putrides des anciens avaient pour siège les follicules de *Peyer*, il pensa que la thérapeutique alors généralement mise en usage, n'était propre qu'à les aggraver; et, dès ce moment, il rejeta de sa pratique l'ipécacuanha, le tartre stibié, tous les purga-

tifs, et même les autres médicamens donnés à titre d'excitans; il crut que l'expectation, c'est à-dire, l'emploi des boissons adoucissantes et la diète suffiraient à la nature pour la guérison de ces maladies, ou qu'au moins, de cette manière, on n'ajouterait point au mal. En 1815, il s'applaudissait d'avoir pris cette résolution, qui lui paraissait avoir eu la plus grande influence sur le petit nombre de fièvres adynamiques qu'il avait eu à combattre. Disons cependant qu'il ne se contentait pas toujours de moyens aussi simples, et que, chez les sujets un peu forts qui accusaient quelques douleurs, ou qui offraient des signes de pléthore ou de congestion, il faisait souvent pratiquer une ou plusieurs saignées, et appliquer des sangsues en plus ou moins grand nombre, et quelquefois à plusieurs reprises, suivant les occurrences; en sorte que, sous ce rapport, il avait bien positivement deviné cette doctrine qu'on a tant généralisée depuis. Cette assertion est émise uniquement, afin qu'on sache que, si ce praticien combat aujourd'hui avec le témoignage des faits ceux qui ne veulent, dans le traitement des fièvres en général, que des émissions sanguines, ce n'est pas sans avoir essayé lui-même cette méthode un grand nombre de fois, et sans l'avoir même défendue pendant assez long-temps, et à une époque où tout le monde professait une manière de voir bien opposée. Ainsi, en 1816, il entra à l'hôpital de Tours un certain nombre de militaires affectés de dothinentérie; ces sujets, presque tous robustes et vigoureux, furent saignés à plusieurs reprises; des soustractions sanguines locales furent répétées plus ou moins, et sur vingt-cinq ou trente qui furent traités dans cet établissement pendant le semestre d'hiver, deux seulement succombèrent. M. Brétonneau était alors si convaincu des dangers des médications stimulante ou évacuante, qu'il ne balançait pas à attribuer à ces méthodes le petit nombre de fièvres putrides qui régnaient dans la ville, et qui étaient traitées par d'autres médecins.

En 1817, pendant l'été, il régna un assez grand nombre de ces fièvres, qui furent en général plus graves que l'année précédente; le même traitement fut suivi dans l'hôpital, et peu de malades

moururent. Dans la ville, plusieurs individus en furent aussi atteints; les moyens les plus disparates furent mis en usage par les différens praticiens, et M. Brétonneau resta persuadé que sa pratique avait encore été plus heureuse que celle de ses confrères. Mais, pendant l'hiver de 1817 à 1818, la dothinentérie grave devint épidémique; on vit dans l'hospice jusqu'à trente et quarante militaires qui en étaient affectés à la fois. Dans le principe, la méthode antiphlogistique parut avantageuse; cependant, plusieurs malades périrent après avoir présenté tous les symptômes de l'adynamie ou de l'ataxie, et l'ouverture de leurs cadavres fit voir, dans le tube intestinal, des ulcérations nombreuses, mêlées à des pustules et à des plaques qui formaient des reliefs variés à sa surface interne. Ces insuccès furent attribués à la violence de la maladie. Vers le milieu de l'hiver, l'épidémie étant dans toute sa force, la température étant abaissée, dix ou douze malades se trouvèrent en même temps frappés de la plus complète adynamie, et cela au dixième, douzième ou quinzième jour: tous avaient la diarrhée; le pouls était assez fort; la peau sèche, écailleuse; l'air, énivré; ils étaient dans le délire; la langue était plus ou moins rouge à la pointe et sur ses bords; sa face dorsale, ainsi que les dents et les lèvres, était sèche, noire et plus ou moins encroûtée; la plupart de ces malades avaient été saignés une ou plusieurs fois, tant par la lancette que par les sangsues, et n'avaient bu que de l'eau de riz, sans prendre d'autres alimens que de légères crèmes de riz au beurre et à l'eau. Dans ce moment les sangsues vinrent à manquer, et l'on était encore si convaincu de leur utilité, que cet incident fut regardé comme une véritable calamité: d'un autre côté, M. Brétonneau crut qu'à cette période de la maladie, les saignées générales ne seraient peut être pas aussi franchement avantageuses; de sorte qu'il se vit porté, presque malgré lui, à prescrire le quinquina, qu'il aima mieux d'abord donner en lavement. Ce moyen fut en effet administré à ceux qui marchaient évidemment vers une terminaison funeste, de manière à conserver le petit nombre de sangsues disponible pour les sujets

récemment atteints de la dothinentérie. L'état de plusieurs de ces militaires s'améliora sensiblement, et avec assez de rapidité sous l'influence de ce nouveau traitement. Après l'administration du quinquina, on vit souvent la diarrhée se modérer, ou même cesser entièrement, la langue s'humecter, la stupeur et le délire disparaître, et enfin la convalescence se décider au bout de quelques jours. Enhardi par quelques succès, le docteur *Brétonneau* fut désormais plus restreint dans l'application des sangsues, toutes les fois que les symptômes adynamiques viurent à se développer. Mais, comme les sujets affectés de dévoïement abondant ne pouvaient retenir quelques minutes leur lavement de kina qu'avec une extrême difficulté, on osa introduire cette substance dans l'estomac, mais sous des formes propres à la rendre moins excitante pour les surfaces avec lesquelles elle devait être mise en contact : ainsi on faisait bouillir pendant assez long-temps k. k. ʒij ou ij, dans eau ʒviiij, et l'on ajoutait sirop de gomme ʒij ; cette potion était donnée par cuillerées toutes les heures ou toutes les deux heures. On n'en continuait pas moins l'usage du quinquina en lavement, attendu que *M. Brétonneau* avait cru remarquer que cette écorce s'opposait à l'absorption des matières putrides contenues dans les intestins, ou bien qu'elle neutralisait leurs effets délétères, en circulant avec elles dans ces organes. Il est certain qu'un assez grand nombre de malades ont été sauvés par cette médication ; et, pour qu'on puisse juger de ses effets et voir si la prévention n'entraînait pour rien dans les résultats avantageux qu'on lui attribuait, qu'on nous permette de citer en peu de mots une observation prise parmi beaucoup d'autres semblables.

V.^e OBSERVATION.

Un militaire, des Carabiniers de *Monsieur*, doué d'une constitution athlétique, n'ayant jamais été malade, fut amené à l'hôpital de Tours au sixième jour de la fièvre. Le poulx était grand, fort, la face très-colorée, la peau chaude, mais pas très-sèche ; il y

avait six ou sept garde-robes dans les vingt-quatre heures ; la langue était rouge sur son limbe ; ses papilles étaient plus développées que dans l'état normal , et sur sa face dorsale se voyait une couche jaune , légèrement verdâtre. A la caserne , ce militaire avait fait diète et n'avait pris d'autres médicamens que de l'infusion de guimauve , parce qu'il toussait un peu. Le ventre n'était pas douloureux , mais la constitution du sujet sembla indiquer une saignée. Il n'y avait pas de stupeur , ou , du moins , elle était peu prononcée. Le lendemain , les symptômes fébriles étaient diminués , et la coloration moins vive ; du reste , pas de changement. Le huitième jour , la face était plus rouge et le pouls plus fort. (Une nouvelle saignée fut pratiquée.) Dans la nuit , il y eut un peu d'agitation. Le neuvième , le calme avait reparu et le malade se trouvait mieux. (Dix sangsues sur chaque région iliaque.) Les piqûres saignèrent beaucoup. Le dixième , la faiblesse était assez grande ; cependant la langue n'était ni sèche , ni croûteuse ; sa rougeur n'était pas augmentée ; le dévoiement était un peu moindre , mais il y avait un peu d'hébétude dans la physionomie. Dans la nuit , il y eut un léger délire , la diarrhée fut plus forte. Le onzième , au matin , la langue était un peu sèche sur la ligne médiane , le pouls petit et irrégulier. Le ventre , palpé avec assez force , fit faire quelques mouvemens au malade. (Douze sangsues sur le flanc droit.) Dans la nuit , le délire fut plus fort et l'agitation assez marquée. (Il faut noter que jusque là ce sujet n'avait bu que de l'eau de riz.) Le douzième , langue sèche et rousse sur toute sa face dorsale , sans être très-rouge à son pourtour ; le reste de la bouche était humide ; les yeux étaient hagards , le ventre souple , la respiration libre , le délire calme et léger , mais la prostration assez marquée. Le treizième , même état. Le quatorzième , tous les symptômes s'étaient aggravés ; les dents étaient fuligineuses , la langue encroûtée dans toute son étendue , le délire continuel. Le quinzième , au matin , agitation très-grande , quoique la faiblesse fut aussi très-prononcée. Cependant la force naturelle du sujet , la marche bénigne du commencement

de la maladie et le traitement suivi jusque là , semblaient défendre encore l'emploi des stimulans. Dans la soirée , la prostration fit de rapides progrès ; le pouls faiblit sensiblement , en sorte qu'à dix heures , le malade semblait entrer en agonie ; les matières fécales s'écoulaient involontairement ; le pouls devenait de plus en plus petit , tremblottant ; les traits de la physionomie étaient décomposés , la langue et toute la bouche extrêmement sèches. Le sujet ne répondait plus aux questions qu'on lui adressait ; en un mot , il semblait devoir périr dans la nuit. Dans cet état désespéré , M. *Velpeau* , alors élève interne de l'hôpital , prit sur lui de faire administrer en lavement , quinquina 3 vj , délayés dans une très-petite quantité d'eau. Ce lavement ne fut pas rendu. Le sujet fut veillé de près ; et à onze heures et demie , loin d'être plus mal , il parut être un peu mieux. M. *Brétonneau* , bientôt informé de ce qui s'était passé , ordonna que la décoction de kina fut administrée *illico*. A une heure de la nuit , on donna la première cuillerée qui fut très-bien supportée ; on en fit prendre quatre dans le cours de la première heure. A trois heures du matin , le mieux était sensible ; la stupeur avait diminué , et le malade répondait juste aux questions qu'on lui adressait. Le lendemain , la langue était beaucoup moins sèche , le pouls relevé , plus régulier ; il n'y avait eu que trois selles depuis le lavement de kina ; le délire n'était pas continué ; enfin , tout faisait concevoir l'espérance de sauver le sujet. Quatre gros de quinquina furent encore portés dans le rectum ; la potion fut renouvelée. Le dix-septième jour , les principaux accidens parurent conjurés , et après trois jours d'un état plus ou moins chancelant , la convalescence fut décidée.

Il semble bien difficile de nier l'action avantageuse du quinquina chez le sujet de cette observation , et il n'est pas hors de raison de penser qu'il eût infailliblement succombé , si le traitement antiphlogistique eût été seul employé. Or , pendant la dernière moitié de l'hiver , l'écorce péruvienne parut devenir de plus en plus utile , lorsque les premières périodes de la maladie étaient passées ; et la méthode alors adoptée par M. *Brétonneau* était ainsi composée : « Quand

les sujets étaient forts , colorés , et que le délire se manifestait de bonne heure , une ou plusieurs petites saignées étaient pratiquées. Pour peu que le ventre fut sensible , on appliquait des sangsues. Pendant long-temps , la décoction de riz , plus ou moins chargée , édulcorée avec un sirop adoucissant , fut la seule tisane usitée ; et , comme un assez grand nombre de malades succombèrent , on essaya aussi , et successivement , les limonades avec les acides sulfurique , nitrique , hydrochlorique et citrique , vantées par quelques médecins anglais. Les purgatifs , les évacuans de toute espèce , et tous les autres excitans étaient rigoureusement proscrits. On continuait ainsi jusqu'au dixième ou douzième jour , et , si alors la maladie semblait devoir se terminer heureusement , on se bornait à cette médication. Si au contraire elle paraissait s'aggraver , si l'adynamie se déclarait , on donnait le quinquina , d'abord en décoction lorsque l'estomac pouvait le supporter , ou bien en lavement quand les organes digestifs paraissaient trop irritables. Rarement les rubéfiants ou les vésicans étaient employés. »

Sous l'empire de ce traitement , un grand nombre de sujets , gravement affectés , guérirent ; mais cependant il en mourut , en général , un sur huit. Dans la ville où cette maladie régnait également , on dirigea contre elle les médicamens les plus variés ; ainsi , les émétiques d'abord , ensuite les éméto-catartiques , puis les purgatifs , et enfin dans les cas plus graves , le quinquina , le camphre , le nitre , l'éther , etc. , furent la base du traitement de quelques praticiens. D'autres rejetaient les premiers moyens et n'adoptaient que ces derniers ; un plus grand nombre , suivant les conseils du professeur *Pinel* , et regardant ces fièvres comme de nature bilieuse , ataxique ou adynamique , leur appliquaient la thérapeutique indiquée dans la *Nosographie* ; enfin , un jeune médecin ne recourait qu'à la saignée et aux sangsues. Il devenait curieux de savoir dans quelle pratique on rencontrerait le plus de succès. Mais la difficulté était grande , attendu que chacun vantait les avantages de sa méthode , et que , dans la pratique civile d'ailleurs , il est souvent impossible d'établir

des comparaisons exactes. D'un autre côté, ne pouvant faire l'autopsie cadavérique de ceux qui succombaient, il pouvait rester des doutes sur la nature de ces maladies. Cependant la question était trop importante pour que M. le docteur *Brétonneau* ne mît pas tout en usage pour l'éclaircir. Un grand nombre de nuits furent sacrifiées à ces recherches, et l'on eut bientôt acquis la conviction, que la maladie qui avait été traitée dans la ville sous des noms très-divers était la dothinentérie. On parvint aussi à apprendre que la différence des résultats obtenus par les différens praticiens n'était pas extrêmement grande, quelques moyens thérapeutiques qu'ils eussent employés. Au printemps, l'épidémie diminua graduellement et finit par disparaître tout-à-fait; cependant, quelques malades épars çà et là dans l'hôpital, dans la ville et aux environs, se rencontrèrent de temps en temps. L'hiver suivant, cette épidémie reparut encore, et avec une très-grande vigueur. On essaya de nouveau le traitement antiphlogistique dans la généralité des cas, mais on obtint une proportion moindre de succès. On se vit forcé de recourir au quinquina en poudre ou en décoction, joint aux gommeux ou aux délayans, et combiné avec des moyens antiphlogistiques modérés et propres à combattre des épiphénomènes trop intenses. Les émétiques, les purgatifs, les stimulans diffusibles, etc., etc., furent toujours rejetés. Néanmoins, sur cent quarante sujets environ qui furent atteints de la dothinentérie, il en mourut trente-deux; ce qui fait un sur cinq à peu près. Si ces résultats parurent très-fâcheux, ils donnèrent lieu, d'un autre côté, à de nouvelles investigations sur le siège et la nature du mal qu'on avait à combattre, et l'anatomie pathologique, minutieusement interrogée, confirma les idées que nous avons émises dans le cours de notre dissertation.

Aujourd'hui M. *Brétonneau*, au lieu du quinquina, administré vers le douzième ou le quatorzième jour lorsque la langue se sèche et s'encroûte, donne, et avec des avantages très-marqués, ainsi qu'on peut le voir dans le mémoire de M. *Trousseau*, inséré dans les *Archives générales de Médecine*, le sulfate de soude, de potasse ou de magné-

sie, mais le dernier surtout, à la dose de ʒij , dans eau ʒvj ou viij . Sous l'influence de ce sel, qu'il faudrait se garder de remplacer par d'autres substances laxatives ou purgatives, la langue, le plus souvent, s'humecte et s'assouplit, et le délire, ainsi que la diarrhée, diminue. Lorsque la prostration est très-grande, qu'il paraît se faire une absorption abondante de matériaux décomposés, ce praticien donne le quinquina à doses plus ou moins fortes, et pendant plus ou moins long-temps. Mais, faisons remarquer qu'il ne néglige pas les saignées locales ou générales, lorsque des circonstances de tempérament ou de constitution et des épiphénomènes en requièrent l'usage. Enfin, quant aux vomitifs, aux purgatifs et aux stimulans diffusibles, il continue toujours à les bannir de sa pratique.

Si nous examinons maintenant ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris, où l'on remarque presque constamment un certain nombre de ces fièvres, il sera facile de voir que leur traitement est loin d'être le même pour tous les praticiens, et l'on ne devra pas s'en étonner, puisque les opinions des médecins sur ces maladies sont encore fort discordantes. Il serait de la plus haute importance de rechercher si telle médication a réellement des avantages signalés sur telle ou telle autre. Ne sait-on pas, en effet, que les fauteurs de la méthode antiphlogistique prétendent guérir beaucoup plus de malades que les autres; et que, d'un autre côté, M. *Petit*, et presque tous les sectateurs du Brownisme, accordent au quinquina et autres médicamens excitans une supériorité exclusive? M. *Velpéau*, en 1820, essaya de recueillir des observations d'après ces données. Il choisit en même temps six malades, dont deux se trouvaient dans le service de M. *Damiron* (Val-de-Grâce), deux autres dans celui de M. *Lerminier* (Charité), et les deux derniers enfin, sous la direction de M. *Husson* (Hôtel-Dieu). Ces six sujets, à peu près du même âge, affectés de la dothinentérie depuis le même temps et au même degré, étant d'ailleurs dans les mêmes conditions de tempérament, etc., furent suivis jour par jour. Les deux malades traités dans le premier établissement furent mis à une diète rigoureuse; on leur appliqua un

grand nombre de sangsues sur l'abdomen , à différentes reprises. L'un d'eux entra en convalescence le dix-huitième jour , et guérit parfaitement. A la même époque , l'autre avait toujours la diarrhée , du délire ; le pouls était faible , irrégulier , la langue légèrement encroûtée , sans être très-sèche. Une récrudescence survint le vingt-cinquième jour. De nouvelles sangsues furent apposées ; la faiblesse augmenta , et le délire ne cessa point. Le trente-sixième jour , plusieurs ulcères se manifestèrent sur la cornée transparente , et la mort arriva le quarantième. A l'ouverture du cadavre , on trouva toutes les lésions pathologiques qui caractérisent la phlegmasie furonculaire à cette époque. — A la Charité , on n'employa aucuns médicamens actifs pendant les dix premiers jours ; mais , lorsque le délire et les autres symptômes graves furent déclarés , on mit en usage le kina , le camphre , le nitre , la thériaque , etc. L'un des sujets entra en convalescence le dix-septième jour , et l'autre mourut le trentième. L'autopsie cadavérique permit de voir les mêmes lésions que dans le sujet du Val-de-Grâce ; seulement les ulcères étaient plus nombreux. — A l'Hôtel-Dieu enfin , des sangsues furent appliquées en grand nombre , dès que la maladie parut intense , c'est-à-dire , lorsque le délire et la diarrhée se manifestèrent , et à une époque où les malades n'étaient pas trop affaiblis. Ensuite , à partir du quatorzième jour , on prescrivit le kina et autres toniques , mais en alternant avec les adoucissans. La maladie de l'un des sujets fut jugée le dix-neuvième jour. L'autre , qui parut aller assez bien vers le vingt-cinquième , mourut le trente-troisième , et les caractères anatomiques de la maladie se trouvèrent en rapport avec ceux des deux sujets précédens.

Ce résultat , sans doute , paraîtra peu concluant à cause du petit nombre de faits auxquels il se rapporte ; mais , si l'on se rappelle que dans les épidémies de Tours , les traitemens les plus opposés ont été mis en usage avec des proportions presque égales d'avantages et de revers ; si l'on remarque qu'à Paris , maintenant encore , et partout ailleurs , on a recours à des médications très-variées , et que chacun vante ses succès ; il faudra convenir que cette fâcheuse affection peut

bien , malgré toutes les méthodes thérapeutiques , guérir ou devenir funeste. Malheureusement, ceux qui se laissent guider par des idées préconçues , appliquent généralement à toutes les maladies qu'ils rencontrent des moyens qu'ils regardent comme héroïques ; et , comme il en est parmi elles qui se termineraient spontanément au bout de quelques jours , il arrive souvent que l'art ne contrarie pas les efforts salutaires de l'organisme. Alors, le médecin prévenu en faveur de sa *panacée*, ne manque pas de lui attribuer l'honneur d'une issue heureuse et prompte. En supposant même qu'on ne confondit pas sous le même chef des affections de nature et de gravité bien différentes , on sera forcé d'admettre que , dans certaines années , sous l'influence de certaines épidémies , les sujets meurent en plus ou moins grand nombre, quel que soit le genre de traitement qu'on emploie. C'est ainsi que nous voyons M. Brétonneau , adoptant exclusivement la méthode antiphlogistique depuis 1812 jusqu'à 1816 , s'applaudir des résultats avantageux qu'il en retire , tandis qu'en 1817 et 1818 la même méthode ne l'empêcha point de perdre un assez grand nombre de malades. Enfin , pendant l'hiver qui vient de se terminer, il n'a pas perdu plus d'un individu sur vingt , avec son traitement modifié comme nous l'avons indiqué. Est-il , d'ailleurs , si extraordinaire de voir une médication tonique produire de bons effets dans quelques circonstances ? Si nous sommes parvenu à établir que toute phlegmasie n'entraînait pas la nécessité absolue du traitement antiphlogistique , certains furoncles , l'anthrax , la variole , par exemple , pourquoi ferait-on plutôt avorter toutes les pustules dothinentériques par les saignées générales et locales ? D'un autre côté , qu'on se représente la peau couverte d'ulcérations profondes , et qu'on nous dise s'il suffira toujours de tenir le malade à la diète et de le saigner pour en obtenir la cicatrisation. N'arrivera-t-il pas une époque où des lotions médicamenteuses , dites *détersives* , *modificatives* , *astringentes* , *antiseptiques* , etc. , et qui sont toutes plus ou moins excitantes , seront utilement employées ? Qui peut nier l'efficacité du kina en poudre ou en décoction sur certains ulcères

des tégumens , et pourquoi certaines solutions de continuité des intestins , sans cesse baignées par des fluides plus ou moins décomposés , ne devraient-elles donc jamais être attaquées de la même manière ? S'il importe de panser tous les jours des ulcères extérieurs dont la suppuration est abondante , ceux du tube alimentaire qui , comme nous l'avons déjà dit , sont couverts par du mucus et de la bile dénaturés , ne devront-ils pas également être nettoyés , mondifiés , *pansés* , qu'on nous permette cette expression , autrement qu'avec de l'eau froide ou chaude ? C'est , d'ailleurs , un fait généralement reconnu , que les médicamens astringens , toniques ou même caustiques , agissent d'une manière aussi prompte qu'efficace sur une foule de lésions des surfaces muqueuses. Mais , a-t-on dit , les succès que l'on invoque , n'étant que très-peu nombreux , ne sont que des cas exceptionnels , et ne peuvent , conséquemment , servir de base à une règle thérapeutique. Certainement , on a beaucoup limité et avec beaucoup de raison , l'étendue des médications toniques ; mais on a été trop loin , en disant qu'on ne devait jamais les employer , quelque prudence , quelque réserve qu'on eût soin de mettre dans leur application. Nous allons citer en abrégé deux observations qui prouveront , mieux que toutes les discussions possibles , leur utilité dans certains cas.

VI.^e OBSERVATION.

Au printemps de 1824 , un homme de vingt ans , au quatrième jour de la dothinentérie , arriva à l'hôpital de l'École de médecine. Fort , robuste et n'ayant jamais été malade , il dit n'avoir commis aucun excès , de telle sorte que la cause de son mal resta inconnue. Ses regards sont éniivrés , sa parole embarrassée , la couleur de sa face peu altérée ; la langue , rouge sur ses bords et à sa pointe , est recouverte d'un enduit limoneux sur sa face dorsale ; les membres sont comme brisés ; le pouls , fort et fréquent. Il y a déjà de la diarrhée. (Saignée de 10 onces) Le cinquième jour , le malade a un peu de délire ; l'épigastre paraît sensible. (Quarante sangsues.) Le sixième , même état ; diar-

rhée plus forte. Le septième, le délire augmente; la peau est sèche et brûlante; le ventre pressé dans tous les sens, ne paraît que très-légèrement douloureux. (Trente sangsues.) La nuit est très-agitée. Le huitième, au matin, la face est rouge; les carotides battent avec force; le pouls est plus fort. (Saignée du bras, qui est renouvelée le neuvième jour.) Le dixième, la langue est sèche; les dents sont fuligineuses et la diarrhée très-abondante. Le onzième, délire plus fort; le malade ne répond point aux questions qu'on lui adresse; le ventre est ballonné, le pouls inégal, fréquent et irrégulier, le dévoiement un peu moindre; on n'ose plus avoir recours aux émissions sanguines. (Larges vésicatoires à la face interne des cuisses et des jambes.) Le douzième, tous les symptômes sont aggravés. (Pillules de camphre et de nitre, disposées de telle sorte que deux grains de la première substance et quatre de la seconde soient ingérés toutes les deux heures.) Le treizième, les regards sont beaucoup moins hébétés; le sujet a l'air plus réveillé, et répond juste quand on lui parle; la langue est moins sèche. (Les pilules sont continuées et administrées exactement par la mère du sujet, qui reste près de lui jour et nuit.) Le quatorzième, une sueur abondante couvre toute la surface du corps; la bouche est humide et le délire a cessé. (On suspend le camphre et le nitre.) Le quinzième, la langue est redevenue plus sèche; le délire a reparu. Soif très-grande; peau chaude sans être moite. (On revient aux pillules.) Le seizième, mieux prononcé. Le dix-septième, cet amendement a fait de si rapides progrès, que le dix-huitième, une convalescence franche et entière se déclare. Cet homme, qui est resté au service de quelques personnes de l'hospice, n'a pas cessé de bien se porter depuis cette maladie.

Nous ne voyons pas qu'on puisse classer ce fait dans les exceptions; car il nous paraît bien difficile de ne pas admettre que, sous l'empire des antiphlogistiques, les accidens ont toujours été en s'aggravant, tandis que les médicamens opposés ont eu des avantages incontestables. Seulement il restera, peut-être, des doutes sur la nature de la maladie; mais voici un autre fait sur lequel on ne sera point tenté d'en élever.

VII^e OBSERVATION.

A la fin de l'hiver 1825, M. *Velpeaufut* appelé pour un étudiant en droit arrivé au sixième jour de la dothinentérie. Ce jeune homme avait été traité jusque là par un élève en médecine, qui avait fait une saignée de dix onces, appliqué vingt sangsues sur le ventre et prescrit des boissons émollientes. Trente nouvelles sangsues sont appliquées, et la diète maintenue. Après cette application, le malade se tourmente et s'effraie. Le huitième jour, la langue se sèche légèrement et il y a un peu de délire; le ventre ne paraît aucunement sensible. Le neuvième, M. *Husson* est appelé en consultation. Il ne voit rien d'inquiétant et recommande l'expectation. Le dixième et le onzième, même état. Le douzième on fait venir M. le professeur *Fouquier*. La diarrhée est plus forte, la langue plus sèche par momens, le délire léger. (Même prescription.) Le treizième, le délire est beaucoup plus fort; les yeux sont animés ainsi que la face, les déjections alvines noires et très-fétides, le ventre légèrement tendu; le pouls fréquent, inégal, et la bouche beaucoup plus sèche. (Cataplasmes sinapisés sur les pieds; embrocations émollientes sur l'abdomen). On appelle MM. *Récamier* et *Rostan*. (Dix sangsues derrière les mastoïdes; vésicatoire à la nuque.) Après les sangsues, l'agitation est un peu moins violente; mais le collapsus est très-grand et le délire continu. Dans la soirée, M. le professeur *Récamier* conseille de faire avaler la poudre de charbon délayée dans de l'eau; mais le malade s'y refuse et la rejette. (Deux vésicatoires aux jambes *illied*.) Dans la nuit, délire intense, yeux hagards, muissitation continuelle. Le quatorzième jour au matin, la langue est très-sèche et croûteuse, le dévoïement toujours de même nature; le pouls petit, et fort irrégulier. (Quinquina jaune-royal 5iv, dans un demi quart de lavement, qui est rejeté quelques minutes après. Huit onces d'une décoction de kina 3ij, édulcorée avec sirop de gomme 3ij, sont données par cuillerées toutes les heures.) A midi, le lavement est renouvelé et cette fois, il est gardé

deux heures et demie. Le soir, la langue est un peu moins sèche et le délire plus tranquille. Le quinzième, la nuit a été moins agitée que la précédente; le pouls est moins irrégulier; la bouche s'est humectée; il n'y a eu que deux selles depuis l'administration du lavement. Cependant le délire continue, la face est pâle et les traits sont décomposés. (Même potion, même lavement.) Le lavement n'est pas gardé. Dans la soirée, le pouls s'affaiblit, devient très inégal; une sueur froide se manifeste, quoique la diarrhée ait complètement cessé et que le malade ait eu une selle solide dans la matinée. Un délire calme persiste dans la nuit, et le seizième jour, après une courte agonie, la mort arrive à cinq heures du matin.

Nérocopie vingt-six heures après la mort.

Crâne. Les ventricules cérébraux renferment environ une cuillerée et demie de sérosité limpide. Du reste, tout paraît sain dans cette cavité.

Thorax. Les poumons sont souples, crépitans et pâles. Les autres organes sont aussi dans l'état normal.

Abdomen. La surface interne de l'estomac et du duodénum est pâle ou d'un blanc très-légèrement rosé; ses villosités présentent leur souplesse habituelle; en somme, il n'y a aucune trace d'altération. En descendant dans l'intestin grêle, on aperçoit des ulcérations et des pustules qui sont de plus en plus nombreuses, à mesure qu'on s'approche davantage du cœcum. Dans l'intervalle de ces lésions, la membrane muqueuse conserve son aspect naturel. Plusieurs des ulcères tendaient évidemment à prendre une tournure favorable. Dans le cœcum, la tunique villeuse offre quelques indices de phlegmasie, qui disparaissent insensiblement en remontant le colon ascendant, de manière que, dans les dernières portions du gros intestin où l'on remarque encore des restes du lavement de kina, et des matières fécales bien liées, cette membrane est dans l'état naturel. Les gan-

glions lymphatiques du mésentère sont rouges, gonflés et ramollis. Les autres organes n'offrent rien de particulier.

Ici, la nature du mal ne saurait être contestée. Le traitement antiphlogistique a été mis en usage aussi activement que le comportait la gravité apparente de cette affection, et jamais les émissions sanguines n'ont produit de soulagement; c'est après leur emploi que la diarrhée, le délire, la sécheresse de la bouche, se sont manifestés. Le quinquina est employé le quatorzième jour seulement, lorsque le sujet est dans un état désespéré, et c'est sous son influence qu'une apparence de mieux se prononce le quinzième, que la langue s'humecte et que la diarrhée cesse. La mort a lieu le seizième jour, il est vrai; mais, au moins, on conviendra que ce médicament ne l'a pas hâtée; et peut-être, serait-il permis de penser qu'employé un peu plutôt, il eût pu amener une terminaison moins funeste. L'ouverture a du moins prouvé que les surfaces avec lesquelles cette substance avait été mise en contact, loin de s'être enflammées davantage, paraissaient, au contraire, dans leur disposition normale; circonstance que nous avons déjà notée à l'occasion des sujets de la première et de la quatrième observation. Ensuite les ulcérations elles-mêmes commençaient à se modifier d'une manière avantageuse; mais on demandera sans doute pourquoi ce jeune homme est mort, quand les causes de sa maladie étaient sur le point de céder aux médicaments dirigés contre elle? La question est trop délicate pour que nous prétendions y faire une réponse satisfaisante; seulement nous ferons remarquer que l'organisme une fois troublé, ébranlé à un haut degré dans toutes ses fonctions, que la puissance vitale une fois affaiblie ou épuisée, peuvent bien succomber, quoiqu'on atteigne par des moyens plus ou moins directs, et d'une manière plus ou moins heureuse, la lésion première qui a causé tous ces désordres.

CONCLUSIONS.

Des détails dans lesquels nous sommes entré nous croyons pouvoir conclure :

1.^o Que les petits corps connus sous les noms de *glandes de Peyer* et de *Brunner*, et qui se trouvent dans la membrane muqueuse des intestins, sont des organes particuliers, différens des cryptes mucipares par leur texture et leurs fonctions ;

2.^o Que ces organes, qui n'ont aucune ressemblance avec les villosités ou les lacunes, paraissent être, d'après les nouvelles recherches de M. le docteur *Bretonneau*, de petites poches sans ouverture, naturellement remplies d'un fluide blanchâtre, crémeux, en rapport avec les différens phénomènes de la digestion ;

3.^o Que, dans cette hypothèse, le pertuis qu'ils semblent présenter à la surface interne de la membrane muqueuse, n'est ou qu'une lacune, ou bien qu'un véritable follicule, dans le fond duquel se trouve la petite poche imperforée : ce qui a pu en imposer à plusieurs anatomistes ;

4.^o Que ces glandes existent chez l'homme à toutes les époques de la vie, mais sont plus développées dans le jeune âge et chez l'adulte que chez le vieillard ;

5.^o Qu'elles peuvent s'atrophier sans déranger sensiblement la santé, comme se développer d'une manière assez prononcée sans qu'on puisse en conclure qu'elles sont véritablement malades ;

6.^o Qu'elles sont susceptibles de s'enflammer de deux manières distinctes, savoir : d'une manière aiguë, ce qui constitue la *donthinentérie* ; et d'une manière chronique, ce qui se remarque particulièrement chez les phthisiques ;

7.^o Que la première de ces inflammations affecte une marche à peu près toujours la même, c'est-à-dire, que les glandules se gonflent, se durcissent d'abord, pour se nécroser ensuite, de telle sorte qu'il s'en échappe bientôt une espèce de bourbillon, comme dans les furoncles ; que la chute de ce bourbillon laisse un ulcère qui paraît

taillé à pic , et comprend souvent toute l'épaisseur de la tunique muqueuse ; ulcère qui peut se cicatrifier , mais qui d'autres fois perfore les autres membranes , et peut faire périr le sujet par suite d'un épanchement dans le péritoine ; enfin , que la marche de cette phlegmasie est telle que l'ulcération a rarement lieu avant le douzième jour , et la résolution , quand elle s'opère , avant le douzième ou le quinzième ;

8.° Que cette maladie , suivant qu'elle est grave ou bénigne , suivant la disposition des sujets et des lieux , donne naissance à tous les phénomènes qui caractérisent les fièvres putrides , malignes , lentes nerveuses , muqueuses , et même bilieuses des auteurs ;

9.° Qu'elle règne souvent d'une manière épidémique , quoiqu'elle soit simplement sporadique le plus fréquemment ; qu'elle paraît n'affecter le même sujet qu'une seule fois dans le cours de son existence ; qu'elle se montre surtout entre dix et quarante ans ; que des faits nombreux tendent à faire penser qu'elle est contagieuse ;

10.° Que c'est une inflammation de nature spécifique , attendu qu'elle présente de nombreuses analogies avec les phlegmasies regardées comme telles ; savoir : qu'elle affecte toujours les mêmes organes et de la même manière ; que , jusqu'à présent on n'a aucun moyen de l'empêcher de parcourir ses périodes ; que , le plus souvent , elle naît sans cause appréciable , et se manifeste même malgré les précautions les plus minutieuses et les plus soutenues ; qu'enfin , il n'est pas possible de la produire artificiellement ;

11.° Qu'elle paraîtrait déterminée par l'action d'un principe délétère introduit dans l'économie , et qui se dépose particulièrement dans les organes indiqués plus haut , de même que le virus ou miasme variolique semble se porter plus spécialement sur les follicules de la peau ;

12.° Que , d'après cette assertion , il y aurait d'abord un mouvement pathologique général , indépendant de la lésion glandulaire , qui constituerait une sorte de *période d'incubation* , comme cela se remarque dans la petite vérole ;

13.° Que l'éruption qui se fait presque immédiatement, entretient ou exaspère l'état fébrile, suivant que les pustules sont plus ou moins nombreuses, mais de telle sorte cependant qu'un exanthème très-discret peut être caractérisé par des symptômes très-graves, tandis qu'un autre très-confluent ne s'accompagnera quelquefois que d'accidens légers : ce qui porterait à croire que la maladie n'est pas tout entière dans ces pustules, et que l'organisme est alors dans un état d'infection générale;

14.° Que les symptômes d'adynamie franche ou de putridité ne paraissent presque jamais qu'à l'époque où des ulcères plus ou moins nombreux se sont déjà formés, et que cet état paraît dépendre surtout du transport de matériaux décomposés dans la circulation générale qui les répartit dans tous les organes ;

15.° Que par conséquent cette maladie est d'abord générale, ensuite locale, puis locale et générale tout à la fois, et que le principe miasmatique qui la produit peut bien ne se déposer qu'en partie dans les organes avec lesquels il a le plus d'affinité, de telle sorte qu'il pourra être difficile d'expliquer la gravité des symptômes par les lésions cadavériques qu'on rencontrera ;

16.° Que cette phlegmasie spécifique diffère essentiellement de la gastro-entérite simple ou érysipélateuse, des inflammations ulcéreuses, partielles ou générales, qui ont leur siège dans le tube digestif ;

17.° Qu'elle a des symptômes propres, dont les principaux sont : un air d'hébétude, d'ivresse, des traits peu altérés quoique le mal soit déjà grave, une langue acuminée, rouge à la pointe et sur ses bords, et dont les papilles sont très-développées ; une diarrhée qui existe avec ou sans douleur de l'abdomen ; enfin, les signes négatifs de tout autre genre de lésion ;

18.° Que cette maladie est bien véritablement une *inflammation*, mais une inflammation *sui generis*, qui n'indique rien relativement au traitement le plus convenable à diriger contre elle ;

19.° Que les purgatifs et les émétiques, si l'on excepte parmi

les premiers quelques sels neutres, ont constamment paru exaspérer les accidens;

20.^o Que, parmi les toniques, le kina en substance, en lavement, ou bien sous forme de potion, en l'unissant aux gommeux, est utile dans quelques cas, surtout quand les symptômes putrides sont déclarés;

21.^o Qu'il faut fonder peu de confiance sur les autres médicamens stimulans, tels que le camphre, l'éther, le nitre, etc., quoiqu'ils aient paru quelquefois avantageux;

22.^o Que les saignées locales et générales seront utilement mises en usage, lorsqu'il existera des indications spéciales, mais sans qu'on puisse avoir d'autre but que celui de modérer la réaction générale;

23.^o Qu'après le douzième ou le quatorzième jour, quand la langue est noire, sèche et croûteuse, que les autres signes de l'adynamie sont très-prononcés, une solution aqueuse de sel d'*Epsom* a produit souvent des résultats favorables;

24.^o Que beaucoup plus tard, lorsque les ulcères sont pour ainsi dire devenus chroniques, l'eau de chaux, les eaux minérales sulfureuses coupées diversement, ont été employées avec quelque apparence de succès, dans l'intention de les faire agir sur les solutions de continuité intestinales, comme elles agissent sur les ulcères des tégumens externes;

25.^o Enfin, que les rubéfiens, quoique rarement utiles, doivent être préférés aux épispastiques, attendu que ces derniers favorisent la tendance si marquée de la peau à se gangréner, et que souvent alors le malade, qui avait véritablement échappé aux dangers de la dothinentérie, succombe par suite de larges et profondes escarrhes.

N.B. Dans le cours de cette dissertation, nous avons fait tous nos efforts pour ne point dénaturer les opinions de M. Brétonneau; mais, comme nous n'en avons eu connaissance que par l'intervention de M. Velpeau, et non directement, il importe de déclarer que, dans le cas ou quel-

que erreur grave se serait glissée dans notre travail , le savant médecin de Tours devait être hors de cause , et à l'abri de toute responsabilité.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Erysipelas foris quidem intrò verti , non bonum : intùs verò foràs , bonum. *Sect. 6 , aph. 25.*

II.

Non satietas , non fames , neque aliud quicquam bonum est , quod suprà naturæ modum fuerit. *Sect. 2 , aph. 4.*

III.

Epilepticis pueris , maximè mutationes ætatis , regionum et vitæ , liberationem faciunt. *Ibid. , aph. 45.*

IV.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect. 1 , aph. 6.*

V.

Autumnus tabidis malus. *Sect. 3 , aph. 10.*

VI.

A tabe detento alvi profluvium superveniens , lethale. *Sect. 5 , aph. 14.*

VII.

Duo labores unà si fuerint , non in eodem loco , vehementior alterius sensum obscurat. *Sect. 2 , aph. 46.*

